Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 4 grudnia 1886. **№ 49.** **Rok XXV.**

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Kilka uwag w sprawie nadmiernego wydzielania soku żołądkowego i nadmiernéj jego kwaśności.

podali
Dr. W. Antoni Gluziński i Dr. W. Jaworski
Docenci Uniw. Jagiell.

Niezaprzeczenie w ostatnich czasach uczyniono znaczny postęp w rozpoznawaniu zmian chorobowych żołądka, gdy zamiast opierać się li tylko na przypadach podmiotowych, dzięki metodom użytym wglądnąć można bliżej w funkcyje tak chemiczne jak i mechaniczne żołądka.

Pracując nad tym przedmiotem od lat kilku podaliśmy wyniki swoich badań dotychczasowych tak w naszych czasopismach jak i zagranicznych. Obecnie chcemy bliżéj dotknąć jednéj tylko sprawy, co do któréj częściowe przynajmniéj prawo pierwszeństwa zastrzedz sobie musimy.

Do niedawnego czasu jako najczęstsze i jedyne prawie zboczenie w chemizmie żołądka uważano brak kw. solnego i pepsyny i jeszcze Leube (*Deut. Arch. f. klin. Med.* t. 33) podając swój sposób badania funkcyj żołądka wodą lodową twierdził, że sok żołądkowy w największéj liczbie przypadków chorób żołądka nie zawiera kwasu solnego i pepsyny („*ist Säure und Pepsin frei*“). Pierwszym, który zwrócił uwagę na nadmierne wydzielanie soku żołądkowego kwaśnego, był Reichman z Warszawy, który w 1882 r. (*Gazeta Lekarska* Nr. 26 i *Berl. kl. Woch.* Nr. 40) ogłosił przypadek „chorobowo wzmożonego wydzielania soku żołądkowego“ a w r. 1883 (*Gazeta Lekarska* 1883 Nr. 44 i *Berl. klin. Woch.* 1884 Nr. 2) drugi podobny przypadek. Lubo w ten sposób należy się przyznać Reichmanowi bezsprzecznie prawo pierwszeństwa pod względem stwierdzenia nieznanego dotąd szczegółu, że w żołądku czczym znajdować się może sok zawierający kwas solny, to jednak opisane dwa przypadki są tylko opisami kazuistycznemi, z których autor nie mógł jeszcze wysnuć ogólniejszego prawidła i odgadnąć znaczenia klinicznego nadmiernego wydzielania soku żołądkowego, zamożnego w kwas solny. Autor ten ograniczył się bowiem tylko do przypuszczenia, że zboczenie to przydarza się dosyć często. Nasze zdanie w tym kierunku wypowiedzieliśmy już w r. 1884 (Przegląd Lek. Nr. 16, 17 i 18) omawiając metodę Leubego. Już wtedy przypuszczaliśmy na podstawie naszych przypadków, że w niektórych nie brak kwasu solnego, ale nadmierne jego wydzielanie jest przyczyną zboczeń chorobowych. Wśród dalszej pracy, a mianowicie wśród badań nad zachowaniem się istot białkowatych w żołądkach ludzkich, przypuszczenie nasze zamieniło się w pewnik i sprawę całą przedstawiliśmy już w czerwcu 1884 r. ne Zjeździe lekarzy polskich w Poznaniu (Dziennik IV Zjazdu lek. i przyrod. w Poznaniu i *Gaz. Lek.* 1874 Nr. 37 str. 712). Opierając się na dokładnéj obserwacyi i badaniu 10 przypadków, wypowiedzieliśmy zdanie, że nadmierna ilość HCl jest zboczeniem chorobowém, że przypadki o téj właściwości soku żołądkowego stanowią osobną grupę przypadków „z nadmierném wydzielaniem kwasu solnego“ i bliższe szczegóły naszego pod tym względem zapatrywania już wtedy podaliśmy. Uważaliśmy to jako pewnik, jako rzecz nierzadką, jeżeli wtedy na 33 dokładniéj badanych przypadków w 10ciu podobne znaleźliśmy zachowanie się soku żołądkowego.

Później dopiero pojawiły się pojedyńcze kazuistyczne przypadki i tak Sahli ogłosił jeden przypadek (*Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzte* 1885), Schütz jeden (*Prager med. Woch.* 1885), Velden (*Sammlung klin. Vorträge von Volkmann* Nr. 280) opisał trzy podobne przypadki, a Riegel (*Münch. med Woch.* 1885) dwa przypadki. Wszyscy ci autorowie opisując swoje poszczególne przypadki nie wspominają wcale o pracy naszéj, w któréj mieli już 10 podobnych przypadków podanych, i z któréj byliby się mogli przekonać, że nadmierne wydzielanie soku żołądkowego nie jest rzeczą tak rzadką. Zapewne nieznajomość języka polskiego, w którym prace nasze były ogłoszone, nie pozwoliła im z nich korzystać.

Wprawdzie w styczniu 1885 r. przesłaliśmy pracę naszą po niemiecku do *Zeitschr. f. klin. Med.*, tam jednak zbiegiem okoliczności wyleżała się przeszło $1\frac{1}{2}$ roku, nim ujrzała światło dzienne w maju 1886 r. w t. XI w zeszycie 1 i 2 w towarzystwie pracy Riegla pt. *„Beiträge zur Lehre von den Störungen der Saftsecretion des Magens“*, w któréj do dwóch poprzednio ogłoszonych dodaje Riegel jeszcze dwa przypadki.—W pracy téj Riegla znajdujemy ustęp tak opiewający: *„Wenn auch viel seltener vorkommend als die acuten Formen, so sind doch die Fälle chronischer Hypersecretion des Magensaftes von grosser klinischer Bedeutung. Bis jetzt liegen nur 6 genauer beschriebene Fälle dieser Erkrankungsform vor, das sind die beiden Fälle Reichmanns und meine vier Fälle“*. W następnym zeszycie *Zeitschr. f. klin. Med.* (t. XI, zeszyt 2 i 3) w najnowszéj swéj pracy *„Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten“* na str. 196 powtarza Riegel to samo zdanie, jakie wyżéj przytoczyliśmy. Zapewne ta ostatnia praca Riegla już przed wydrukowaniem naszéj pracy była złożona w tece redakcyjnéj. Czego jednak zupełnie nie pojmujemy, to pominięcie pracy naszéj przez p. Strickera, który w artykule swoim *„über Hypersection und Hyperaciditåt des Magensaftes“ (Münch. med. Woch.* 1886), opiera się również na 2 przypadkach Reichmanna, 4 przypadkach Riegla i swoich dwóch, a opuszcza nasze spostrzeżenia, ogłoszone w tém samém piśmie, w tym samym zeszycie, co przypadki Riegla, tylko o kilkanaście kartek daléj. Jak to rozumieć?

Mamy więc wszelką podstawę do zastrzeżenia dla siebie prawa pierwszeństwa dokładnego przedstawienia téj sprawy w szerszych rozmiarach, bo po dwóch przypadkach Reichmanna my pierwsi jeszcze w r. 1884 10 przypadków opisaliśmy. Nie to tylko skłania nas jednak do obecnego wystąpienia. Rozporządzając większym materyjałem własnym, aniżeli Riegel mógł zebrać z całéj literatury, chcemy tę sprawę z naszego punktu widzenia przedstawić.

Liczba naszych przypadków wraz z 12, które z ostatniéj naszéj pracy podaliśmy, wynosi obecnie 27. Opisywać każdy z osobna nie uważamy za właściwe. We wszystkich przypadkach w żołądkach na czczo będących znajdowaliśmy treść, która miała wszystkie własności soku żołądkowego, mimo, że chorzy od wieczerzy, a nieraz dłużéj, żadnych pokarmów nie przyjmowali, że z wyciągniętéj treści ani resztek pokarmów, ani produktów trawienia nie znajdowaliśmy, że nieraz szczególnie poprzednio przepłukiwaliśmy wieczorem żołądek. Jedném słowem w przypadkach tych stwierdziliśmy wydzielanie soku żołądkowego nawet wtedy, gdy od dłuższego czasu nie było w żołądku pokarmów, gdy więc trawienie było skończone. Badając daléj naszą metodą (białkiem), stwierdziliśmy w tych przypadkach z jednéj strony, że podczas samego aktu trawienia wydziela się również nadmierna ilość soku żołądkowego, względnie sok o wysokim stopniu kwasoty, pochodzącéj od HCl, z drugiéj, że trawienie niejednakowo odbywa się we wszystkich tych przypadkach, w skutek czego nie dają się one ustawić obok siebie, ale cała ta postać chorobowa musi mieć swoje podziały.

Na podstawie poprzednio 12 opisanych przypadków, odróżniliśmy 3 grupy, dalsze 15 przypadków podział ten jeszcze bardziéj usprawiedliwiły.

Grupy te są: *a)* zwykłe nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego; *b)* nadmierne wydzielanie soku żołądkowego połączone z niedomogą mechaniczną żołądka; *c)* kwaśny nieżyt żołądka.

Dwie cechy są wspólne wszystkim tym grupom, tj. obecność bardzo często soku żołądkowego na czczo, i wzmożony chemizm podczas aktu trawienia, odznaczający się wysoką kwaśnością wyciągniętéj treści, pochodzącą od HCl i obfitą ilością produktów trawienia. Natomiast przypadki te różnią się czasem ukończenia trawienia, i wejrzeniem wyciągniętéj treści.

Do grupy Iszéj zaliczyliśmy przypadki z prawidłowym mechanizmem, tj. u których kawałków spożytego białka nie znajdowaliśmy w wyciągniętéj treści już 5—6 kwadransach. Wyciągnięta treść była wodojasną, bez żadnych morfotycznych części. — Podobnie zachowywała się treść wyciągnięta w 7 godzin po zjedzeniu rosołu, beafsteka i chleba (sposób Leubego), okazując mimo ukończenia trawienia dość znaczny stopień kwaśności, pochodzący od HCl.

Grupa IIga obejmuje przypadki różniące się od poprzednich tylko upośledzeniem funkcyi mechanicznéj żołądka, gdzie kawałki białka pozostawały dłużéj np. 8 i więcéj kwadransów. Rosół, beafsteak i chleb trawiły zwykle w swoim czasie, pozostawiając tylko wysoką kwasotę (zob. nasz artykuł *„Untersuchungen über Leube's Beafsteaksmethode“*, *Zeit. f. klin. Med.* t. XI, zeszyt 2 i 3, str. 291). (Dok. n.)

II. Monoplegia anaesthetica. Wyleczenie.

Podał Prof. Dr. Adamkiewicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

Gdy wszystkie usiłowania ku usunięciu anestezyi przedsięwzięte były bez wpływu, poleciłem choréj stosować w domu gorczycznik przez dłuższy czas, do dwu godzin i uważać, czy i kiedy pod wpływem tego działania dłuższego skóra ręki czucie odzyska.

Chora, która się chciała z zadania tego jak najlepiéj wywiązać, nie zwróciła uwagi na czas i gdy zmęczona bezowocném czekaniem na skutek gorczycznika działanie jego przerwała, spostrzegła, że w zapomnieniu próbę swą przez całych pięć godzin przewlekła. Pomimo tak silnego drażnienia nie wystąpiła żadna reakcyja ze strony czucia. Następnego dnia były gruczoły karkowe silnie obrzmiałe i tkliwe, ręka zaś, jakkolwiek zaczerwieniona, obrzmiała i pęcherzami okryta, nie była ani bolesna, ani nawet śladu czucia nie okazywała, co bezsprzecznie na szczególniejszą zasługuje uwagę. Po kilku dniach wśród odpowiedniego leczenia znikło na ręce zapalenie, a dawny stan bezczułości trwał daléj. Musiałem zatém stosownie do mego dawniejszego doświadczenia wykluczyć zupełnie histeryczną anestezyję u mojéj choréj.

Można było teraz przypuścić, że jeżeli przyczyna znieczulenia nie leży ani w kończynach nerwowych, ani w ośrodkach sensorycznych, to siedziba choroby może będzie gdzieś na drodze pomiędzy oboma.

1. Czy więc nerwy obwodowe były nadwerężone?

Przy zupełnéj anestezyi całego ramienia trzebaby było przypuścić, że chyba wszystkie nerwy czuciowe splotu ramieniowego są chore.

Wiadomo, że nerwy czuciowe nie przebiegają tutaj osobno, lecz idą wspólnie z nerwami ruchowemi. Ponieważ zaś,

jak wiadomo, przyczyny pozbawiające nerwy obwodowe funkcyi, są natury materyjalnéj (zapalenie nerwów, uraz, guzy itd.), a te przy wspomnianym stosunku nerwów czuciowych do ruchowych musiałyby obok porażeń czucia także i porażenie ruchu sprowadzić, nie możemy zatém u naszéj choréj, nie okazującéj ani śladu porażenia ruchowego, szukać przyczyny anestezyi w nerwach obwodowych. Zresztą wykluczyć można każdy z tych etyjologicznych momentów, które zwykle porażenie nerwów obwodowych sprowadzają, nawet *neuritis*, gdyż chora nie cierpiała nigdy parestezyi, a w użyciu ręki, jak wspomniano, nie doznawała nigdy przeszkody.

2. Ale i w rdzeniu pacierzowym nie mogła tkwić przyczyna choroby. Anestezyje bowiem rdzeniowe są zwykle niezupełne (*Partielle Empfindungslähmung*), występują więc jako parezy czuciowe i odnoszą się tylko do jednego lub drugiego zmysłu czucia. Powtóre zajmują one zwykle obydwie połowy ciała razem. Zresztą gdyby tak wysoki stopień porażenia czucia, jaki istniał w naszym przypadku, miał mieć swoją przyczynę w rdzeniu, to trzebaby chyba przypuścić miejscowe zniszczenie rdzenia bardzo wysokiego stopnia. Że zaś coś podobnego u naszéj choréj miejsca nie miało, to po opisie stanu choréj powyżéj podanym nie wymaga dalszych dowodów.

3. Lecz najciekawszém w naszym przypadku jest to, że wykluczywszy wszystkie powyższe możliwości nie można czynić i ostatniego przypuszczenia, tj. uszkodzenia dróg mózgowych jako przyczyny anestezyi. Nie można bowiem było wykazać ani śladu objawów towarzyszących chorobom mózgowym, jak objawów hemiplegii i ogniskowych. Skoro zatém wszystkie przyczyny, jakie dotąd według zebranego doświadczenia za źródła anestezyi uważano, do tłumaczenia naszego przypadku nie wystarczają, to jasném jest, że muszą istnieć jeszcze zmiany patologiczne, które wywołując anestezyję, dotychczas uszły uwagi.

Zobaczmy, czy się nam ich wykryć nie uda.

Na podstawie powyższego opisu trzeba przedewszystkiém przypuścić, że anestezyja u naszéj choréj oparta była na zmianach natury materyjalnéj, t. j. organicznéj. Ponieważ pacyjentka nie okazywała porażeń ruchowych lecz tylko czysto czuciowe, a obok tego przedstawiała zaburzenia w krążeniu i zmiany troficzne niższego stopnia na chorém ramieniu, to musiała owa przypuszczona sprawa materyjalna czyli organiczna usadowić się na miejscu, gdzie nerwy czuciowe i „troficzne“ ręki prawéj wspólnie ze sobą i bez przymieszki nerwów ruchowych przebiegają. W rzeczywistości istnieje takie miejsce. Zajmuje ono część dróg przewodzących, i, co szczególna, jest jedyném, które dotychczas w nauce o anestezyi zupełnie pominięto. Jestto ta część drogi, która się poza częścią obwodową a przed centralną, w szczególności przed rdzeniem, znajduje i obejmuje korzenie tylne wspólnie ze zwojami międzykręgowemi. Przypuszczenie choroby w korzeniach tylnych splotu barkowego lub nawet tylko w ich zwojach międzykręgowych wystarcza w zupełności do wytłumaczenia opisanego tu przypadku. Zmiana bowiem téj części nietylko znosi funkcyje korzeni tylnych, t. j. przewodnictwo czucia w ramieniu, ale także musi wywołać zmiany troficzne. Te ostatnie zaś mogą z podwójnéj powstać przyczyny. Po pierwsze bowiem, jak uczą znane fakty (przecięcie nerwu troistego), może brak czucia ułatwić wystąpienie zaburzeń troficznych. Powtóre zaś tylne korzenie same, jak Stricker wykazał (*Sitzungsberichte der Wiener Akad.*, 1876, *Mediz. Jahrber.*, 1878—1885) posiadają włókna nerwowe wpływające na rozszerzenie naczyń, a tém samém na odżywienie tkanin. Wprawdzie wychodzi ogół nerwów naczynioruchowych, a więc i troficznych, z rdzenia przez korzenie przednie do nerwu współczulnego, a w szczególności dla odnóg górnych do *ganglion stellatum*, a ztąd do nerwów splotu barkowego, o chorobie jednak trzeciego sympatycznego zwoju szyjnego dla braku znaczniejszych zmian troficznych nie można było w naszym przypadku myśleć.

Leczenie. Jeżeli zatém rzeczywiście miałem u mojéj pacyjentki do czynienia z chorobą usadowioną w tylnych korzeniach splotu barkowego prawego, to nie można było ze względu na towarzyszące okoliczności, a w szczególności na dobry stan ogólny, o czémś inném myśleć, jak o jakiéjś sprawie miejscowéj charakteru dobrotliwego. Ze względu na ból, który w ramieniu w początku choroby wystąpił, a później zawsze przy zmianie powietrza się odzywał, mogłem przypuszczać naturę reumatyczną choroby i myśleć o lekkiéj *pachymeningitis cervico-brachialis*, wkradającéj się do korzeni tylnych i wywołującéj w pochewkach nerwowych wypocinę. Starałem się zatém prądem stałym na chorą część działać rozdzielająco (*Katalysis*), wspomagając to działanie letniemi kąpielami i wewnętrzném podawaniem jodku potasu. Prąd zaś elektryczny stosowałem w krótkich posiedzeniach i to słaby (do 7M.A.) przykładając katodę na otwory międzykręgowe dolnych kręgów szyjnych i na część szyjną nerwu sympatycznego, anodę zaś na pnie nerwów splotu barkowego. Przy tém stosowałem lekkie galwaniczne wyładowania wzdłuż całego splotu barkowego, co, jak zauważyłem, daleko silniéj pobudzało nerwy czuciowe porażone, aniżeli dawniéj stosowane drażnienie kończyn nerwów czuciowych w skórze za pomocą prądu przerywanego. Leczenie to z cierpliwością stosowane doprowadziło wreszcie do pożądanego skutku.

Czucie wracało z początku tylko na krótko. Bezpośrednio po każdém elektryzowaniu pojawiało się czucie, które niestety po krótkiéj chwili znowu ulatywało. Powoli jednak zaczęła się restytucyja ta ustalać i można było stwierdzić, że wszystkie rodzaje czucia wracały równocześnie. W tym okresie leczenia wystąpiło zjawisko wzmianki godne, mianowicie że od czasu do czasu, a szczególnie podczas każdéj zmiany powietrza czucie na nowo stawało się tępszém. Z końcem czerwca, a więc blisko 3 miesiące od rozpoczęcia kuracyi, wahania te ustąpiły. Barwa i wejrzenie ramienia stawały się zupełnie zdrowe, a chorą uważać można było wkrótce potém za wyleczoną[1]). Do połowy sierpnia nie straciłem choréj z oczu uważając, że czucie się utrzymało. A w chwili pisania tego artykułu, to jest na początku listopada odbieram list od matki choréj, który stwierdza, iż stan pomyślny zdrowia w zupełności się zachowuje [2]).

Jeżeli można ze skutku dyjagnozą uzasadnionego leczenia wnosić o słuszności tejże, to mamy nowy argument, który nasze zapatrywania co do natury choroby silnie uzasadnia.

Równocześnie zyskujemy przez to nową podstawę do ocenienia tych anestezyj zagadkowych, o których istnieniu

[1]) Kol. Mikulicz widział chorą przed i po wyleczeniu.

[2]) Częstochowa dnia 4go listopada 1886.
„..... Córka moja jest tak samo zdrową, jak była przy wyjeździe z Krakowa. To tylko jest do nadmienienia, że palce u rąk przez dwa tygodnie obierały, z których wychodziło dosyć dużo materyi, lecz obecnie już się same zagoiły.....“

wiemy, których atoli dotychczas wytłumaczyć nie zdolano. Może wolno zaliczyć tu anestezyję na tle reumatycznem, kiłowem, intoksykacyjnem itd. Pewność pod tym względem może dać naturalnie tylko dokładny rozbiór objawów klinicznych danego przypadku. Gdzie objawy kliniczne dadzą taki rezultat jak w naszym przypadku, tam wolno będzie przypuszczać ograniczone cierpienie korzeni tylnych. Z uwagi, że nie sam proces, lecz narząd nim zajęty stanowi o objawach klinicznych, byłoby może wskazanem wszystkie sprawy tyczące się w mowie będącego aparatu korzeniowego a wywołujące zawsze te same objawy nazwać monoplegiją czucia (*Monoplegia anaesthetica*). Jako osobne formy możnaby wtedy odróżniać monoplegiję czucia reumatyczną, kiłową, intoksykacyjną itd.

Przypadek opisany jest ciekawy nietylko pod względem klinicznym ale i fizyjologicznym.

Poucza on, że swoista funkcyja aparatów motorycznych obwodowych nie jest wcale zależną od funkcyi nerwów czuciowych, że zniesienie funkcyi czucia nie upośledza w niczem działalności mięśni. Dużo pod tym względem istnieje błędnych zapatrywań w patologii. Tak między innemi chciano (Leyden) zaburzenia w koordynacyi w uwiądzie, dla których zresztą inne już dałem tłumaczenie[1]), odnieść do zaburzeń w zakresie czucia w uwiądzie rdzenia często spostrzeganych.

Jak nasz przypadek wykazuje, czucie dla czynności mięśni ma tylko znaczenie czysto psychiczne. Ono uwiadamia ośrodki psycho-motoryczne o przyrodzie działania i położenia aparatu mięśniowego i jak każda funkcyja zmysłowa działa na wyobrażenie (*Muskel- und Innervationsgefühl*) (*Bewihungs-Vorstellung*). Za pośrednictwem pamięci ustala się to wyobrażenie w duszy, działa w razie potrzeby na wolą, a za pomocą téjże znów na muskulaturę (*Willensimpuls*).

III. Z oddziału chirurgicznego prof. Dra Obalińskiego.

Rzadki przypadek hernio-laparotomii wraz z enterorafiją.

Skreślił
Dr. J. Mężyk,
sekundaryjusz tegoż oddziału.

W czasie kilkutygodniowéj nieobecności prof. Obalińskiego, zastępując miejsce tegoż w szpitalu św. Łazarza jako prymaryjusza oddziału chirurgicznego, miałem sposobność postrzegania i operowania chorego z uwięźniętą przepukliną, która z powodu niezwykłych powikłań, a mimoto szczęśliwego przebiegu, zasługuje na podanie do publicznéj wiadomości.

Mężczyzna, lat 56, ślusarz ze Świątnik, nabawił się według podania już przed 10 laty przepukliny, którą jednak w każdym czasie mógł odprowadzić, gdyż mimo nieużywania paska, nie dochodziła ona większych nad pięść rozmiarów. Chory opowiada, że w dniu przyjęcia do szpitala wsunęła mu się większa ilość jelit do worka mosznowego, że ich już odprowadzić nie potrafił i że zaraz potém uczuł ból, rznięcie w worku mosznowym i w jamie brzusznéj, następnie odbijania i nudności.

W chwili przyjęcia do szpitala, t. j. 9 września wieczór b. r., przedstawiał chory stan następujący: Odżywienie nędzne, skóra blado ziemista, tkanka tłuszczowa podskórna prawie całkiem zanikła. Po prawéj stronie moszna rozdęte dochodzą do wielkości główki starszego dziecka, skóra na nich napięta, zresztą prawidłowa. Wypuk bębenkowy, obrzęk komunikujący z jamą brzuszną. Po zbadaniu nie ulegało zatém wątpliwości, że mamy do czynienia z przepukliną uwięźniętą.

Zaraz tego samego wieczora starałem się za pomocą rękoczynu sposobem bezkrwawym odprowadzić uwięźniętą przepuklinę najprzód bez uśpienia, a potém w narkozie. Gdy jednak usiłowania w ten sposób podjęte do celu nie doprowadziły, trzymając się zasady, że im wcześniéj się w takich razach operuje, tém lepiéj, przystąpiłem zaraz przy oświetleniu sztucznem do odprowadzenia za pomocą operacyi krwawéj.

Otworzywszy worek przepuklinowy i badając go znalazłem w nim obok jelit cienkich i pętlę jelita grubego, a przy bliższem zbadaniu znalazłszy wyrostek robaczkowy, przekonałem się, że to jest kiszka ślepa, gazem i kałem rozdęta. Jelita wypadnięte okazywały stan dobry, tu i owdzie tylko w miejscu większego ucisku niewielkie wybroczyny pod błoną surowiczą; worek przepuklinowy zawierał sporą ilość cieczy surowiczéj, przeźroczystéj. Brama przepuklinowa względnie nie była zbyt ciasną, palec dał się dość łatwo obok pętli jelit przeprowadzić, odprowadzenie jednak jelit w tym stanie z powodu rozdęcia tychże nie dało się uskutecznić. Naciąłem przeto herniotomem bramę przepuklinową a następnie wprowadziwszy dwa palce wskazujące, starałem się odprowadzić najprzód pętlę jelita cienkiego, z zamiarem następnego odprowadzenia kątnicy, gdy w tém podczas téj manipulacyi pętla jelita cienkiego na zewnątrz się znajdująca podtrzymywana przez kolegę asystującego pęka w mniejszéj nieco połowie obwodu poprzecznie, a treść jelita zalewa pole operacyjne i przyległe pętle jelit. W téj chwili jednak usunąłem pęknięte jelito na bok i zabezpieczając resztę jelit wypuściłem treść z nich, ile się wypuścić dało, a następnie oczyściwszy ranę i pole operacyjne sublimatem 0·5‰, jelita zaś dokładnie 3% kwasem borowym ciepłym, zespoiłem pęknięte jelito szwem podwójnym, jedwabnym, a mianowicie błonę śluzową i mięsną szwem węzełkowym a błonę surowiczą szwem okrężającym, kuśnierskim na sposób Lemberta. Teraz rozszerzyłem cięcie w górę do 6cm. poza wiąz Pouparta i odprowadziłem kątnicę, aby na samym końcu odprowadzić jelito cienkie zespojone. Ranę brzuszną zespoiłem również szwem podwójnym, t. j. osobno otrzewnę szwem kuśnierskim z katgutu a skórę szwem kuśnierskim z jedwabiu. Bramę przepuklinową ściągnąłem szwem kapciuszkowym, worek mosznowy wydrenowałem, poczém ranę oczyściwszy i przestrzykawszy, opatrzyłem antiseptycznie. Aby porazić ruch robaczkowy jelit poleciłem choremu zaraz po operacyi i przez następne dwa dni nalewkę opijową, przytém ścisłą dyjetę. W pierwszym dniu po operacyi chory czuje się dobrze, ciepłota 37·7° Cels. i 38°. W drugim dniu ciepłota 38·5, 37·8, stan ogólny dobry, opatrunek surowiczo przesiąkły zmieniono. Odtąd ciepłota powraca do stanu normalnego, i więcéj się nie podnosi. Z końcem trzeciéj doby po usunięciu opijum, wystąpił stolec dobrowolnie. Opatrunek zmieniano według potrzeby, a ta okazywała się często, bo co dzień, gdyż chory był dość niecierpliwy, rujnował opatrunek i przemaczał go moczem; mimoto rana goiła się bez ropienia i chory w 18 dniu leczenia zdrów do domu o dwie mile odległego piechotą powrócił.

[1]) Czynność mięśni uważana jako wynik podwójnéj antagonistycznéj inerwacyi, a ataksyja i spasmus jako rezultat patologicznego zniesienia tegoż. (Rozpr. Akad. Umiej., 1881).

Powikłanie, na jakie w niniejszym przypadku natrafiłem, zasługuje na szczególniejszą uwagę. Przedewszystkiém uderza to, że jelito zdrowe przy repozycyi pękło, przemawia to przeciw metodzie Schedego, który radzi w świeżych przypadkach przy odprowadzeniu bezkrwawém znacznéj używać siły. To samo mogłoby się wydarzyć podczas odprowadzania bezkrwawego, a natenczas ratunek chorego byłby co najmniéj wątpliwym, jeżeli nie niemożebnym. Przypadek ten poucza nas daléj, że w takich razach, gdzie, jak tutaj, z powodu wypadnięcia kątnicy, naprzód można trudności w odprowadzeniu jelit przewidywać, należałoby raczéj odrazu wykonać herniolaparotomiję, niż ograniczać się do nacięcia bramy przepuklinowéj a przy odprowadzaniu narazić jelito na pęknięcie. Że w obecnym przypadku nie przyszło do zabójczego septycznego zapalenia otrzewny, pomimo zalania kałem pola operacyjnego, świadczy tylko o dzielności metody antiseptycznéj, używanéj w naszym oddziale.

IV. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV.

Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. **L. Blumenstok.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Dla wielkiéj ważności sprawy Wydział Lekarski zastanawiał się nad nią szczegółowo na kilku posiedzeniach i ostatecznie zgodził się na następującéj treści

Orzeczenie:

Uznawszy za potrzebne udzielenie odpowiedzi w kolei odmiennéj od porządku, w którym Wys. Sąd krajowy wystósował swe pytania, Wydział Lekarski w każdym ustępie oznacza cyfrą pytanie, do którego ustęp się odnosi, i tym sposobem uwzględnia wszystkie pytania Wys. Sądu.

I. (Pytanie 14).

Wydział Lekarski nie wyklucza możności, że zwłoki Franciszki Mnichówny leżały przez jakiś czas w miejscu ochraniającém je od wpływu powietrza. Uwzględniając jednak stopień zgnilizny i stosunki atmosferyczne téj zimy jest zdania, że w każdym razie zwłoki przez czas dłuższy pozostały na powietrzu i to w tém położeniu, w którém je znaleziono.

II. (Pytanie 13).

Niepodobna wykluczyć możności, że Franciszka Mnichówna w innem miejscu życie postradała, a po śmierci dopiero do parowu zaniesioną została.

III. (Pytanie 12).

Przy sekcyi zwłok Franciszki Mnichówny znaleziono żołądek napełniony kapustą i fasolą; z okoliczności téj wnosić należy, że smierć Mnichówny nastąpiła w krótkim czasie, a najpóźniéj w 3—4 godzin po zjedzeniu owego pokarmu— a to z powodu, że po upływie takiego czasu potrawy te byłyby przeszły do jelita cienkiego.

IV. (Pytanie 11).

Na podstawie stopnia zgnilizny, jaką spostrzeżono w dniu 6 marca 1882 r. na zwłokach Franciszki Mnichówny, można przypuścić, że Mnichówna żyć przestała na trzy miesiące przedtém, że więc śmierć jéj nastąpić mogła w ostatnich dniach listopada lub na początku grudnia 1881 r. Jest to przypuszczenie, przeciw któremu nic, a za którém przemawia doświadczenie sądowolekarskie, według którego wcale nie jest rzeczą nadzwyczajną, że ciało przez 3 miesiące niepochowane i niepokryte, narażone, choć w porze zimowej na działanie wilgoci, psuje się do tego stopnia, jak to na ciele Mnichówny zauważono.

V. (Pytanie 10).

Włosy z głowy opodal od zwłok Mnichówny znalezione są silnie splecione we dwa warkocze i pomimo rozmaitych przejść, jakim uległy, do dziś dnia są w téjże formie dobrze utrzymane. Pomiędzy temi włosami i w naturalnym związku z niemi znaleziono śród badania 12 skrawków skóry głowowéj.

W części przygłowowéj włosy te są miejscami pomierzwione, miejscami przedstawiają pęczki równo obcięte. Pomiędzy włosami pomierzwionemi przy pomocy szkła powiększającego widać znaczną ilość włosów z cebulkami; wszelako nierównie większa ilość końców przygłowowych jest przecięta, i to albo prostopadle albo ukośnie do swéj osi. Niektóre końce są poszczerbane. W pęczkach równo obciętych końce niemal wszystkie są przecięte, a cebulki zaledwie tu i owdzie spostrzegać się dają.

Skrawki skóry głowowéj, w związku z niektóremi pęczkami włosów będące, odwilżone przez 24 godzin w wodzie destylowanéj a po oczyszczeniu badane, okazały, że one są niewątpliwie kawałkami skóry głowowéj, z któremi włosy w sposób naturalny pozostają jeszcze w związku. Największe skrawki mierzą 10—15 milim. długości, a 5 milim. szerokości; jeden z nich przedstawia całą grubość skóry. Jedne są oddzielone poniżéj korzeni włosów, tak że cebulki w nich pozostały, drugie przedzielone przez korzenie włosów, a w nich cebulek nie ma; przekroje włosów są już to poprzeczne, już téż to ukośne. Skóra sama nie przedstawia żadnych zmian i nie różni się wcale od skóry prawidłowéj.

Na podstawie tego badania Wydział Lekarski na odnośne pytanie Wys. Sądu odpowiada co następuje:

1) Warkocze Franciszki Mnichówny odcięte zostały w bliskości skóry, miejscami razem ze skórą.

2) Zostały one odcięte najprawdopodobniéj wkrótce po śmierci Mnichówny.

3) Zostały one odcięte przez osobę trzecią za pomocą noża, a nie za pomocą nożyczek, w ostatnim razie bowiem skrawki skóry musiałyby mieć postać przekroju wypukłéj soczewki.

VI. (Pytanie 5).

PP. obducenci zmiany opisane przez siebie na głowie uznali jako następstwa uderzenia zadanego narzędziem tępém, jak np. obuchem siekiery. Za przypuszczeniem ich przemawia symetryczne umiejscowienie owych plam czerwonych, tak na oglowiu, jakotéż w oponach i mózgu samym, oraz twierdzenie p. Meydla, że w mózgu znalazł miejsce podobne do ogniska udarowego. Ze względów atoli, że:

a) na trupie gnijącym rozpoznanie wybroczyny jest rzeczą nader trudną, a częstokroć nawet dla bardzo doświadczonego lekarza sądowego niepodobną,

b) że zachodzi sprzeczność pomiędzy opisem w protokóle sekcyjnym, według którego mózg miał być rozlazłym, papkowatym, a późniejszém zeznaniem pp. obducentów, według którego mózg mógł być w całości wyjętym i krajanym,

c) że zachodzi sprzeczność pomiędzy protokółem sekcyjnym a późniejszém zeznaniem co do okoliczności, czy opona twarda lub miękka była krwią podbiegniętą;

d) że pp. obducenci śród rozprawy (arkusz 56 i 57)

podali, że w oponie i mózgu znaleźli tylko naczynia więcéj w krew zaopatrzone, a w ostatniém zeznaniu swém opisali „opony miękkie w okolicy guza kości ciemieniowéj lewéj jako jednostajnie jasnoczerwono zabarwione“, śladów zaś krwi wynaczynionéj nie znaleźli ani pomiędzy oponami ani wistocie mózgowéj;

przypuścić wypada, że opisy zmian na głowie wcale nie wykluczają możności, że zaczerwienienie resztek ogłowia, opon i mózgu po stronie lewéj było zmianą pośmiertną, a tém samém nie może stanowić dowodu urazu, a to tém mniéj, o ile ekshumacyja w skutek wniosku Wydziału uskuteczniona, dowiodła, że czaszka sama nie jest uszkodzoną.

Z drugiéj strony atoli bardzo jest możebném, że na powłokach czaszkowych, a nawet w oponach mózgowych i mózgu samym były zmiany za życia powstałe, które jednak przez zgniliznę zostały zatarte.

Z tych powodów Wydział Lekarski oświadcza się za tém: że dochodzenie sądowolekarskie nie dostarczyło dowodu, jakoby Franciszka Mnichówna w głowę uderzoną została, że jednak uderzenia narzędziem tępém żadną miarą wykluczyć nie można.

VII. (Pytanie 7).

PP. obducenci w protokóle sekcyjnym podają, że macica Franciszki Mnichówny miała „wielkość głowy dorosłego“, a na podstawie tego opisu twierdzą w orzeczeniu swém, że Mnichówna była w 3cim lub 4tym miesiącu ciąży; zdanie to przytoczyli i podczas rozprawy; pp. znawcy rzeszowscy wymiarów macicy, którą oglądali, wcale nie podają (N. X.), ale również oświadczają się za ciążą w 3cim lub 4tym miesiącu. Nie mając macicy przed sobą, ani nie mogąc oprzeć się na opisie dokładnym, Wydział polegając na orzeczeniu znawców krakowskich, którzy macicę widzieli, oświadcza się za tém, że Franciszka Mnichówna była w drugiéj połowie ciąży, tj. po za 5tym miesiącem księżycowym, za którym to okresem przemawia objętość macicy porównana przez obducentów do głowy człowieka dorosłego.

VIII. (Pytanie 8).

Zniknięcie płodu z macicy Franciszki Mnichówny możnaby tłumaczyć w trojaki sposób: *a)* albo przypuszczając, że płód wyjęty został przez zwierzęta, *b)* albo że wypchnięty został przez gazy gnilne, *c)* albo wreszcie, że wycięty został przez osobę trzecią za życia lub po śmierci Mnichówny. Przypuszczenia dwa pierwsze atoli w danym przypadku są tak nieprawdopodobne, że wcale na uwagę nie zasługują; przemawiają bowiem przeciw nim szczeliny znalezione w macicy. Jeżeli bowiem otwór w ścianach brzusznych, niedokładnie i sprzecznie przez obducentów opisany, jeszczeby się dał wytłumaczyć zgnilizną, to wspomniane szczeliny w macicy żadną miarą ani w skutek zgnilizny ani przez szarpanie zwierząt powstać nie mogły.

Wprawdzie Wydział Lekarski wyrazić musi swoje zdziwienie i ubolewanie, że część skóry brzusznéj, o wycięciu i przechowaniu któréj pp. obducenci wyraźnie wspominają, zniknęła od razu, tak że jéj nie widzieli znawcy późniejsi, a co większa, że macica po rozprawie ostatecznéj zniszczoną została, przez co Wydział pozbawiony został możności oparcia swego zdania na obejrzeniu części tyle ważnych w danym przypadku,—jednak polegając:

a) na stanowczém zapewnieniu pp. obducentów, że szczeliny w przodkowéj ścianie macicy znalezione przedstawiały się jako zdziałane narzędziem ostrém,

b) na podobném zapewnieniu pp. znawców rzeszowskich a przedewszystkiém,

c) na okoliczność, że pp. znawcy krakowscy, jakkolwiek macicy nie opisali, przecież musieli wynieść wrażenie, że szczeliny wywołane zostały nożem, skoro w tym kierunku orzeczenie swe wydali,

d) z uwagi wreszcie, że powstania szczelin tych w inny sposób wytłumaczyć nie można,—

Wydział Lekarski oświadcza, że zniknięcie płodu nastąpić musiało skutkiem wycięcia go przez osobę trzecią. Czy płód wyjęty został za życia lub dopiero po śmierci Mnichówny, obecnie oznaczyć się nie daje, ale nie ma podstawy żadnéj do przypuszczenia, jakoby był za życia Mnichówny wyjęty.

IX. (Pytanie 9).

Do wydobycia płodu z trupa lekarz potrzebuje kilku minut czasu; rozumie się samo przez się, iż nielekarz może potrzebować dłuższego czasu, a zależy to głównie od mniejszéj lub większéj osobistéj zręczności, oraz od narzędzia. Przypuścić można, że przy niejakiéj zręczności i za pomocą narzędzia ostrego do wydobycia płodu z trupa nielekarz nie potrzebuje więcéj niż kwadrans czasu. Noże stołowe, jako *corpora delicti* Wydziałowi przesłane, jakkolwiek nie śpiczaste, można uważać za narzędzia, za pomocą których podobny rękoczyn wykonać się daje, albowiem próba uskuteczniona w zakładzie sądowolekarskim wykazała, że przy mocniejszym ucisku ściany brzuszne przeciąć się niemi dają. Co do zręczności osobistéj oczywiście Wydział żadnego zdania wypowiedzieć nie może; zwraca jednak uwagę W. Sądu, że jak z jednéj strony jest rzeczą nader niezwykłą, aby nielekarz choć na trupie podobny rękoczyn wykonał, to z drugiéj odważniejszym i zdolniejszym do wykonania takowego może być człowiek, który zajmował się biciem, zarzynaniem bydła lub trzebieniem zwierząt. Pomoc zaś osób drugich przy tym rękoczynie na trupie nie jest potrzebną i nie wpływa na czas trwania onego.

X. (Pytanie 6).

Złamanie szczęki dolnéj czyli żuchwy nie podpada żadnéj wątpliwości. Ponieważ śledztwo wykazało, że Franciszka Mnichówna z wysokości do parowu spaść nie mogła, że ani na dnie parowu, ani téż obok niego przedmiotów twardych nie było, więc nie pozostaje jak przypuścić, że złamanie żuchwy u Franciszki Mnichówny wywołane zostało przez uderzenie jéj za pomocą narzędzia tępego lub tępokanciastego w żuchwę, a narzędziem tém mogła być siekiera Wydziałowi przedłożona, lub téż podobne narzędzie. Złamanie żuchwy mogło nastąpić za życia Mnichówny lub téż po jéj śmierci dopiero. Ponieważ w chwili znalezienia zwłok żuchwa już była obnażona z części miękkich a w protokóle nie ma wzmianki o śladach oddziaływania żywotnego w okolicy złamania, nie podobna orzec stanowczo, czy złamanie miało miejsce za życia lub dopiero po śmierci Franciszki Mnichówny. Dodać wszakże należy, że brak oddziaływania żywotnego w danym przypadku jeszcze nie wyklucza powstania złamania za życia, ponieważ ślady tego oddziaływania po upływie 3 miesięcy w skutek znacznéj zgnilizny musiałyby się zatrzeć. Z uwagi wszakże:

a) że ciało Franciszki Mnichówny nie mogło spaść lub być rzuconém z znaczniejszéj wysokości,

b) że więc niepodobna wytłumaczyć sobie, jakim sposobem złamanie szczęki mogło powstać po śmierci Mnichówny,

c) że odporność kości po śmierci, zwłaszcza dopóki one nie są ogołocone z części miękkich, jest nierównie większą aniżeli za życia, że zatém potrzeba nierównie większéj siły do wywołania złamania na trupie aniżeli na żyjącym,—

Wydział Lekarski orzeka, że złamanie żuchwy u Mnichówny najprawdopodobniéj wywołane zostało za życia przez uderzenie zadane narzędziem tępém i ciężkiém i że narzędziem tém mogła być siekiera Wydziałowi przesłana.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Sprawozdanie za rok 1884 z oddziału chorób wenerycznych i skórnych prymaryjusza i docenta Dra Zarewicza.

Podał

Drnd Rościszewski.

W r. 1884 leczono w oddziale chorób wenerycznych i skórnych ogółem 904 chorych, z czego przypada na mężczyzn 463 chorych, a na kobiety 441. Wyleczonych wyszło 412 m., a 404 k., ogółem 816 chorych, nieuleczonych 21 m., a 7 k., ogółem 28 chorych; zmarło zaś 2 m. a 3 k., razem 5 chorych; w ten sposób pozostało jeszcze w leczeniu na rok następny 27 m. i 28 k., ogółem 55 chorych. Procent wyleczonych względnie do leczonych wynosił 90·26, procent niewyleczonych 3·09, a zmarłych 0·55. Przeważna część chorych niewyleczonych należała do rodzaju chorób skórnych, albowiem ze względu na brak miejsca zmuszeni byliśmy tak w r. 1884 jak i po inne lata wypuszczać chorych podleczonych, dotkniętych chorobami niezaraźliwemi, aby módz pomieścić chorych wenerycznych lub skórnych zaraźliwych. Z tego powodu odmawiano wielu zgłaszającym się chorym skórnym przyjęcia do szpitala. Między nieuleczonymi zamieszczeni są także chorzy, którzy z rozmaitych powodów przeniesieni zostali na inne oddziały, a wreszcie i tacy chorzy, którzy ponosząc sami koszta leczenia, żądali wypuszczenia przed upływem zupełnego wyleczenia. Ruch chorych w poszczególnych miesiącach był następujący.

	męż.	kob.	razem.
Z dniem 31 grudnia 1883 pozostało	36	33	69.
W styczniu 1884 przybyło	42	27	69
„ lutym „ „	40	34	74
„ marcu „ „	30	33	63
„ kwietniu „ „	29	27	56
„ maju „ „	32	31	63
„ czerwcu „ „	28	23	51
„ lipcu „ „	34	41	75
„ sierpniu „ „	25	33	58
„ wrześniu „ „	65	66	131
„ październiku „ „	38	34	72
„ listopadzie „ „	39	34	73
„ grudniu „ „	25	25	50.
Przybyło razem	427	408	835.

Z tych wyszło wyleczonych m. 412, k. 404, razem 816. Porównywając liczbę chorych przyjętych z liczbą wyleczonych przekonywamy się, że liczba wyleczonych równała się 97·72%. W ciągu roku 1884 opuściło zakład niewyleczonych m. 21, kob. 7. Razem 28. Zmarło męż. 2, kob. 3. Razem 5.

Ruch według chorób. Ażeby uniknąć zbytniéj drobiazgowości podzieliliśmy chorych leczących się w r. 1884 na trzy główne działy. Dział *A.* obejmuje choroby części płciowych natury niewenerycznéj, jak np. ropnie części płciowych lub w pobliżu położone, otarcia tychże części powstałe z rozmaitych przyczyn, załupek i stulejka, jeżeli przyczyną ich powstania nie była jedna z chorób wenerycznych, itp. zmiany chorobowe. Dział *B.* obejmuje choroby weneryczne a dział *C.* choroby skórne.

A. Choroby nieweneryczne części płciowych. Tych leczono 34 m. a 62 k., ogółem 96 przypadków; z tych w ciągu roku zostało wyleczonych m. 32, kob. 54. Razem 86. Wyszedł niewyleczony mężczyzna dotknięty mięsakiem jądra i dwie kobiety, z których jedna przyjęta z ekskoryjacyjami na wargach mniejszych, wkrótce po przyjęciu zaniemógłszy na zapalenie płuc, przeniesioną została z tego powodu na oddział Iszy, druga zaś z zapaleniem przewlekłém błony śluzowéj macicy, jako niekwalifikująca się do leczenia na oddziale chorób wenerycznych wypuszczoną została. Umarło jedno dziecko, które w stanie konania przyjęte zostało na nasz oddział, wraz z matką zupełnie zdrową. Dziecko zmarło tuż po przyjęciu, a sekcyja wykazała: *Pneumonia catarrhalis partium poster. super. et totius lobi infer. pulm. dextri. Bronchitis capillaris diffusa partium restantium pulmonum. Degeneratio adiposa musculi cordis, hepatis et renum. Tumor lienis acutus. Catarrhus intestinorum chron. et hyperplasia glandularum mesaraicarum. Pemphigus syphilit. palmarum manus utriusque et plantarum pedum. Syphilis ossium.* Dziecko liczyło dni 10, u matki nie znaleźliśmy żadnych zmian, z wywiadów jednak dowiedzieliśmy się, iż w r. 1881 leczoną była na oddziale naszym, co protokół chorych potwierdził. W r. 1881 przyjętą ona była w dniu 1 sierpnia, a badanie wykazało powiększenie migdałów wraz z zaczerwienieniem podniebienia miękkiego, liczne kłykciny sączące na wargach sromnych mniejszych i większych, na międzykroczu i w okolicy odbytu. Gruczoły pachwinowe powiększone. Chora leczoną była tylko miejscowo. W ciągu leczenia pojawiły się powierzchowne kłykciny sączące na podniebieniu miękkiém, które szybko przy odpowiedniém leczeniu ustąpiły, tak że w dniu 21/10 jako wolna od zmian kiłowych opuściła szpital. Według zapewnienia swego chora od tego czasu miała być wolną od powrotów choroby.

W tym dziale procent wyleczonych do leczonych wynosił 89·58, procent niewyleczonych 3·14, a procent zmarłych 1·04. Największą ilość dostarczyli chorzy dotknięci ekskoryjacyjami części płciowych, tych bowiem leczono 41 przypadków, z czego przypada 6 na mężczyzn a 35 na kobiety. Przyczyną ekskoryjacyj były albo obrażenia w czasie spółkowania powstałe, albo też były wynikiem nieczystego utrzymywania części płciowych lub też byłyto pozostałości niedogojonego liszaja części płciowych lub wreszcie wywoływane były sztucznie przez prostytutki najniższego rzędu (włóczęgi), pragnące się dostać do szpitala. Po ekskoryjacyjach najczęstszemi chorobami były: zapalenia kataralne żołędzi i napletka, zapalenia ropne gruczołu Bartholiniego, kłykciny kończyste i załupek. W obserwacyi pozostawało w ciągu roku 2 m. i 15 kob., ogółem 17 chorych, których władza policyjna przysyłała do szpitala, a u których żadnéj choroby wyśledzić nie można było.

B. Choroby weneryczne. Ogólna liczba leczonych na choroby weneryczne wynosiła 297 m. i 280 k., ogółem 577 chorych, z czego wyszło wyleczonych 268 m., 260 k., razem 528 niewyleczonych opuściło szpitał 4 m., 1 k. razem 5. Zmarło 2 m. i 2 k., ogółem 4 chorych, w ten sposób pozo-

stało w leczeniu na rok następny 23 m., 17 k., razem 40 chor. Procent wyleczonych chorych wenerycznych do leczonych chorych téj samej kategoryi = 91·50% niewyleczonych 0·86%, zmarłych 0·69%. Liczba chorych wenerycznych leczonych w r. 1884 wynosiła 0·63 wszystkich w ogóle leczonych chorych w oddziale chorób wenerycznych i skórnych.

a) Rzeżączka. Na rzeżączkę cewki moczowéj mężczyzn leczono 128, między którymi uważano w 32 razach powikłania. Z tego przypada 24 przypadków na zapalenie przyjądrza, 2 na zapalenie gruczołu krokowego, 3 na ostry nieżyt pęcherza, a 3 na zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych, któryto chory pragnąc dokończyć leczenia w domu wyszedł ze szpitala w stanie polepszonym. Wyleczonych zostało 120 chorych, jeden opuścił szpital w stanie polepszonym (chory dotknięty zapaleniem pęcherza i miedniczek nerkowych) a 7 mężczyzn pozostało w leczeniu na rok następny.

Rzeżączki pochwy leczono 53 przypadków, między którymi w 10 przypadkach towarzyszyła równocześnie rzeżączka cewki moczowéj, a w jednym z nich następowy nieżyt pęcherza moczowego. Wyleczonych zostało 49 chorych a 4 pozostały w leczeniu na rok następujący.

Wszystkich przypadków rzeżączki leczono w roku ubiegłym 181, a na jednę chorą kobietę przypadało 2·4 mężczyzn. Największą liczbę dotkniętych rzeżączką dostarczała nam pora zimowa, odpowiednio największéj liczbie chorych leczących się.

b) Szanker (*Ulcus molle*). Szankrów leczono ogółem 39 przypadków, z czego przypada 22 przyp. na mężczyzn, a 17 na kobiety. W większéj połowie przypadków napotykano tak u mężczyzn jak i u kobiet po kilka szankrów równocześnie, a najczęstszą siedzibą ich u mężczyzn była wewnętrzna strona napletka, po nim wędzidełka, a następnie dopiero w równéj mierze żołędź i rowek zażołędziowy; u kobiet spoidło tylne, następnie wargi sromne i wejście do pochwy. W kilku przypadkach napotykano u kobiet obok szankrów na częściach sromnych równocześnie szankry około odbytnicy, przez przypadkowe przeniesienie jadu tamże powstałe. Do najczęstszych powikłań należały zapalenia gruczołów pachwinowych; tych było u mężczyzn 5 przypadków a 1 u kobiety. Nie ulega wątpliwości, że o wiele częściéj podlegają zapaleniom gruczołów pachwinowych obok szankra mężczyzni niż kobiety, usposabia ich bowiem do tego życie ruchliwsze i więcéj utrudzające, a następnie i ta okoliczność, iż mężczyzni pochopniejsi są w ogóle do leczenia samych siebie środkami nieodpowiedniemi. W dwu przypadkach uważano równoczesną stulejkę, w dwu innych załupek. W jednym przypadku wrzody pod napletkiem usadowione sprowadziły zgorzel napletka a po oddzieleniu się części zgorzelinowych spostrzeżono jeszcze kilka szankrów na żołędzi w pobliżu ujścia cewki moczowéj. W drugim przypadku szankry fagedeniczne na żołędzi i około wędzidełka sprowadziły zupełne zniszczenie téj okolicy. Z 39 przypadków leczonych było 38 wyleczonych, a jeden chory pozostał w leczeniu na rok następny. Różnica między liczbą leczonych kobiet (17) a leczonych mężczyzn (22) była nieznaczną. W pierwszéj połowie roku o wiele liczniéj występowały szankry aniżeli w drugiéj, albowiem podczas gdy od stycznia do końca czerwca leczono przypadków 30, w następnéj połowie roku leczono tylko 9 przypadków.

c) Kiła. 1. Wrzód syfilityczny pierwotny. Wrzodu syfilitycznego pierwotnego leczono 41 przyp., z czego 30 m. a 11 k. Najczęstszą siedzibą wrzodu stwardniałego była wewnętrzna strona napletka i rowek zażołędziowy u mężczyzn a wargi sromne i spoidło tylne u kobiet. Najczęściéj występował wrzód syfil. pierwotny pojedynczo, niezbyt rzadkie jednak bywały przypadki, gdzieśmy po dwa a nawet i więcéj wrzodów stwardniałych naliczyli. Do najczęstszych powikłań u mężczyzn należała stulejka. Z 41 przypadków leczonych wyszło wyleczonych 38, trzy przypadki pozostały w leczeniu na rok następny. Na jednę kobietę przypadło 2·72 mężczyzn z wrzodem stwardniałym. Jeżeli zaś zestawimy liczbę leczonych szankrów z ilością leczonych wrzodów stwardniałych, okaże się, iż w roku ubiegłym na jednego szankra przypadał 1·13 wrzód stwardniały.

2. Kiła następowa wczesna. W części téj zamieszczone są wszystkie przypadki kiły wczesnéj bez względu na to, czy to była kiła odnawiająca się czy nie. Na kiłę więc wczesną leczono w roku 1884 m. 97 a k. 185, ogółem 282 przyp., z czego wyszło uleczonych 84 m., 172 k., ogółem 256 przyp. Jeden mężczyzna wyszedł w stanie znacznie polepszonym na własne żądanie, a drugi przeniesionym został na oddział chirurgiczny. Na rok zatém następny pozostało w leczeniu 24 przyp. (Dok. nast.)

VI. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Prof. Penzoldt: **O leczeniu naparstnicą.**

Z długoletniego doświadczenia swego podaje P. niektóre uwagi o skutkach naparstnicy. W wadach serca, gdzie już jest tłuszczowe zwyrodnienie serca, naparstnica wcale nie działa. W 70% przypadków, w których nie było skutku po naparstnicy, znalazł P. zwyrodnienie tłuszczowe, w 30% pozostałych obok wady serca i przerostu był przerost tkanki łącznéj w mięśniu sercowym, choroba nerek lub inne ciężkie powikłania. Bardzo dobry skutek okazywała naparstnica w samoistnych przerostach serca bez wady i co miesiąc powtarzane leczenie naparstnicą nieraz długie lata utrzymywało chorych przy życiu. Niemniéj dobre skutki widział P. po naparstnicy w następowych przerostach serca w obec wad zastawkowych w okresie niekompensacyi, wybitnéj jednak różnicy pomiędzy wadami serca nie zauważył, dodaje atoli, że w schorzeniu zastawki dwudzielnéj lepsze miewał wyniki, niż przy wadach w tętnicy głównéj. Również w następowych przerostach serca w skutek chorób płucnych, szczególniéj w rozedmie płuc, naparstnica działała szybko i dobrze. W przerostach serca w skutek cierpień w nerce naparstnica albo mało albo wcale nie działa. W zapaleniu płuc włóknikowém podawał nieraz P. naparstnicę w samym początku choroby, ale skutek bywa rozmaity, stanowczego więc sądu o tém sobie nie wyrobił. Rozpoznanie za pomocą naparstnicy względnéj i bezwzględnéj niedomykalności zastawek najczęściéj jest uzasadnione, ale nie zawsze, jak to pouczają dwa przypadki, w których sekcyja stwierdziła jednakowe zwężenie zastawki dwudzielnéj. U jednego z tych chorych po naparstnicy szmer nad zastawką znikał, u drugiego zaś przeciwnie po naparstnicy stawał się wyraźniejszym. P. nie uważa wcale za przeciwwskazanie naparstnicy zwolnienia tętna i zdanie to popiera odpowiedniemi przykładami, wymaga tylko kontroli lekarza w tych przypadkach, gdzie tętno wynosi 32—40. W przypadku obserwowanym przez P. chora z wadą w aorcie i w ujściu żylném lewém wyżyła przez pomyłkę w 12tu godzinach 7·5 grm. naparstnicy. Po 24 godzinach,

kiedy minęły objawy zatrucia, wynik leczniczy był świetny. Co do sposobu podawania najlepiéj radzi używać: *Pulv. fol. digit.* 0·1 kilka razy dziennie, dochodząc do 1·5—2·5 grm. dziennie, aż wystąpi skutek pomyślny lub téż objawy zatrucia. W razie, gdy naparstnica nie może być stósowaną *per os*, można ją z dobrym skutkiem stósować *per anum* w lewatywach, dając 2 razy na dzień lewatywę z 2 łyżek nalewki z naparstnicy z 2·0 na 150·0 wody. (*Wien. allg. med. Zeit.* 1886, Nr. 44). *Dr. J. Surzycki.*

Prof. Riegel: **W sprawie rozpoznania niedomykalności zastawki trójdzielnéj.**

Fräntzel słusznie wypowiedział zdanie, że w rozpoznaniu wad zastawkowych w sercu szmery odgrywają rolę podrzędną. Nie one są cechą rozpoznawczą w wadach serca, lecz następstwa, jakie dają się zauważyć w żyłach i tętnicach. Sam szmer nad zastawką trójdzielną i powiększenie stłumienia serca ku stronie prawéj nie wystarczają do rozpoznania téj wady. Dopiero jako oznakę wady zastawki trójdzielnéj uważać należy skurczowo dodatnie tętno żylne. Ono ma właśnie to do siebie, że podczas skurczu komórek serca fala nie opada, lecz się podnosi. Podczas bowiem skurczu komórek w skutek niedomykalności zastawki trójdzielnéj krew wraca się do przedsionka prawego, który zostaje przepełniony tak, że krew z żył podczas skurczu nie może dostać się do niego i musi w żyłach pozostać, a z każdym skurczem komórek żyły w skutek tego nabrzmiewają, mając zatamowany swobodny odpływ do przedsionka.

W praktyce rozróżnić najlepiéj takie tętno od tętna *carotis* przez to, że fala krwi w żyle podnosi się powoli, gdy tymczasem fala w tętnicy szybko się podnosi. — Zwykłe tętno zastoinowe, jakie się spotyka w wadach serca, rozedmie płuc, podnosi się w czasie przedskurczu, a opada w czasie skurczu, przy niedomykalności zaś zastawki trójdzielnéj fala żylna podnosi się wraz z skurczem serca; żyła bowiem pozostaje przez cały czas trwania skurczu rozszerzoną. Dla rozróżnienia należy porównywać przez oglądanie tętno żylne z tętnem tętnicy szyjnéj z drugiéj strony. Jeszcze pewniejszym punktem rozpoznawczym jest zachowanie się serca w obec naparstnicy, ponieważ tętno żylne zastoinowe o tyle będzie się stawać słabszém, o ile zastoina się zmniejszy i siła serca się zwiększy; przeciwnie przy wadzie zastawki trójdzielnéj po podaniu naparstnicy tętno żylne będzie silniejsze. Ażeby fala w niedomykalności zastawki trójdzielnéj mogła z jednéj strony dojść przez przedsionek do żyły szyjnéj, z drugiéj do żyły wątrobowéj, potrzeba na to bardzo znacznéj siły. Ze zmniejszającą się siłą serca i tętno żylne w niedomykalności zastawki trójdzielnéj będzie słabsze i na odwrót. Jest jednak jeden wyjątek ważny, na który dotąd nikt nie zwrócił uwagi. Jak wiadomo rozróżniamy bezwzględną i względną niedomykalność zastawek. W jednéj i drugiéj mogą być wszystkie objawy lub może ich nie być, tak że na podstawie objawów fizycznych nie podobna rozpoznać téj różnicy. Tylko zachowanie się w obec naparstnicy pozwala rozróżnić względną od bezwzględnéj niedomykalności. W bezwzględnéj niedomykulności po dawkach naparstnicy tętno żylne wystąpi jeszcze wyraźniéj, kiedy siła serca się wzmoże, podczas gdy w niekompensacyi albo może nie być tętna żylnego albo bardzo nieznaczne. We względnéj zaś niedomykalności, kiedy naparstnica wpływa na wzmożenie siły serca, rozmiary serca maleją, serce jędrnieje, a fala żylna zmniejsza się powoli i wreszcie może zupełnie zniknąć. W tym więc przypadku i szmery nad zastawką trójdzielną znikają. Opisywane przez autorów przypadki wyleczonéj niedomykalności zastawki trójdzielnéj nie są niczém innem jak tylko względną niedomykalnością zastawki. Jestto o jeden dowód więcéj, ze w rozpoznawaniu wad sercowych nie należy na pierwszém miejscu kłaść szmerów (*Berl. klin. Wochenschr.* 1886, Nr. 38). *Dr. J. Surzycki.*

Chirurgija.

Prof. Dr. H. Maas: **O resekcyi ściany klatki piersiowéj w obec nowotworów.**

Autor uwzględnia tylko przypadki ze zupełnie prawidłową opłucną i płucami, co najwięcéj z nieznaczném tylko zajęciem tych organów. Literatura zna zaledwie kilka przypadków resekcyj dokonanych w tych warunkach. Z okresu przedantiseptycznego wymienia M. 2 przypadki Richerauda i Sedillota, oba z powodu raka sutka operowane; odsłonięto przytém lewe płuco i serce; oba ze zejściem pomyślném. Dopiero jednak antiseptyka wyjednała téj operacyi prawo obywatelstwa w chirurgii. I tak na 8mym Zjeździe niemieckiego Towarzystwa chirurgów przedstawił Kolaczek przypadek operowany przez H. Fischera z powodu chrzęstniaka, gdzie wycięto 4, 5, 6 i 7 żebro wraz z opłucną ścienną, ponieważ nowotwór sięgał kilka cm. w głąb klatki piersiowéj. Jamę kl. piersiowéj przestrzykano rozczynem kwasu salicylowego. Mimo ropnego zapalenia opłucny nastąpiło wyzdrowienie po 40 dniach.

W przypadkach mięsaka żeber operował Leisrink. Wycięcie 6 i 7 żebra aż do mostka, przestrzykanie jamy opłucnowéj kw. salicylowym. Po otwarciu klatki piersiowéj zapad, zwolnienie i arytmija tętna i oddechania, wszystko to ustąpiło po przerwaniu narkozy, injekcyjach eteru i faradyzacyi nerwów przeponowych. Płuco nawet po otwarciu klatki piersiowéj zapadłe, już wieczorem tego samego dnia dawało odgłos jawny. Przebieg zrazu pomyślny zakończył się śmiercią 4go dnia po operacyi z powodu zapalenia włosowatych oskrzeli. Te doświadczenia poprzedników nakazywały Maasowi większą ostrożność. Przypadek jego odnosił się do chrzęstniaka śluzowatego klatki piersiowéj, który sięgał do 7go żebra aż po grzebień kości biodrowéj, zajmując w rozmiarze poprzecznym przestrzeń od przedniéj linii pachowéj aż po wyrostki kolczaste kręgów lędźwiowych. Nowotwór w ogóle mało ruchomy, w kilku miejscach był stale do żeber przytwierdzony.

Dnia 21 lutego 1885 wyłuszczenie w narkozie chloroformowéj wśród spraju z octanu glinowego; cięcie w kierunku skośnym od dolnego kąta łopatki aż do przedniego kolca kości biodrowéj, a od środka tego cięcia cięcie poprzeczne ku dołowi i tyłowi przez skórę i mięśnie grzbietu. Podstawa nowotworu zresztą wolna, z 9—11 żebrem zrośnięta. Resekcyja 9, 10 i 11go żebra na 11 cm. długości wraz z przyległą częścią opłucny. Przez ubytek w ten sposób powstały widać było osierdzie wraz z sercem, lewe płuco zupełnie zapadłe i przeponę nigdzie niezranioną. W dolnym odcinku przez nieuszkodzoną powięź poprzeczną przeglądała śledziona i lewa nerka.

Ranę zespojono 2ma warstwami szwów głębokich i powierzchownych, prócz części w okolicy łopatki i cięcia poprzecznego, którego nie spojono dla spływania wydzieliny. Dren zastąpiono gazą sublimatową ze solą kuchenną. Przebieg gojenia aseptyczny. Tętno wnet po operacyi po winie wróciło do normy; w 6 dni po operacyi płuco dobrze wypełnione powietrzem nie wykazuje ani śladu nacieku ani nieżytu oskrzeli, również brak tarcia opłucnowego.

Autor przypisuje przebieg tak korzystny dwom okolicznościom: 1) ochronieniu opłucny i płuc od wysechania, 2) utrzymywaniu tychże narządów w ciągu operacyi w ciepłocie ciała. Oba te warunki zostały spełnione przez użycie spraju z ciepłego octanu glinowego. Nie mniéj wielkie znaczenie przypisuje zaniechaniu przestrzykiwania jamy opłucnowéj, w czém widzi tylko źródło przeziębienia a co najmniéj zadrażnienia. Co do funkcyi płuca to ona w obec przestrzeganéj antiseptyki w krótkim czasie wraca do stanu prawidłowego.

Z opatrunków antiseptycznych daje M. pierwszeństwo opatrunkom stałym, możliwie bez użycia drenu. *(Langenbecks Arch. f. klin. Chirurgie* XXXIII B., II H.). *Dr. Gross.*

Zien: **Znaczenie i leczenie otoków ropnych z jamy nosa.**

Zdaniem Z. bywają przewlekłe otoki ropne z nosa z tego tylko powodu nieuleczonemi, iż ograniczano się jedynie do leczenia błony śluzowéj nosa a nie zdawano sobie dokładnie sprawy o umiejscowieniu ogniska chorobowego.

Autor otworzył w 5 przypadkach cuchnącego, 20 zwykłego śluzoropotoku nosa, 37 razy jamę szczęki; 29 razy, t. j. w 78% przypadków, znaleziono tam ropę.

Objawy współcierpienia jam sąsiadujących są często mało charakterystyczne, tak że często trudno orzec, która z tych jam jest zajętą. Wysadzenia ściany kostnéj nie było w żadnym z operowanych przypadków; brak zazwyczaj również zwiększania się wypływu za ułożeniem się chorego na bok przeciwny, jak wreszcie bólu i obrzmienia policzka

Celem bezpośredniego leczenia jam sąsiadujących z nosem, szczególnie jam szczękowych, należy utorować sobie dostęp do nich, a to w warunkach następujących:

1) Gdy leczenie otoku nosowego pozostaje długi czas bezskutecznem.

2) Gdy sama błona śluzowa nosa, o ile dostępną jest badaniu, nie okazuje nic nieprawidłowego, a mimo to istnieje ropotok, który peryjodycznie sam przez się odnawia się lub téż wywołuje go wdmuchanie powietrza do jamy nosa.

Aby módz środki lecznicze bezpośrednio stósować na błony wyścielające te jamy, na to drogi naturalne, prowadzące do nich, chyba tylko wyjątkowo wystarczyć mogą; zazwyczaj należy je drogą operacyi dopiero otworzyć. Z. operował jużto metodą Coopera przez wyrostek zębodołowy, jużtéż metodą Desaulta, z zewnątrz od strony dołka psiego *(fossa canina)*, pierwszą chętniéj niż drugą. Najważniejszą jednak rzeczą jest następowe regularne oczyszczanie jamy, przez raz lub dwa razy dziennie dokonywane staranne przestrzykiwanie jamy; używano najczęściéj kwasu borowego i karbolowego.

Z 29 przypadków, w których znaleziono ropę w jamie szczękowéj, 8 wyleczono, 13 doznało polepszenia, w 4 stan się nie zmienił, w 4 leczenie zostało przerwane. Do wyleczenia potrzeba było najmniéj 3 tygodni. *(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde* 1886, Nr. 2). *Dr. Gross.*

Choroby skórne i weneryczne.

Dr. P. G. Unna (w Hamburgu): **Leczenie tocznia za pomocą miejscowego stósowania leków.**

Unna znalazł w plastrze muszlinowym [1]) zawierającym kw. salicylowy najdzielniejszy środek przeciw toczniowi, dzielniejszy od pasty z kw. arsenawego, tak w ostatnich czasach poleconéj przez Binza i Schultzego; za pomocą plastrów zawierających arsen, rtęć, sublimat i ichtyol osiągnął wprawdzie Unna podobne wyniki, działanie jednak żadnego z tych środków nie było tak szybkiém i silném jak kw. salicylowego. Jedyną trudność w zastósowaniu tego środka przedstawiał ból wywołany przez kwas, działanie kwasu bowiem było dzielniejszém w miarę zawartości większéj w plastrze; dla złagodzenia bólu używał U. kombinacyi kw. salicylowego z innemi środkami jak: rtęcią jodoformu, kokainem, makowcem, *extr. cannab. ind.*, chloralem i kreozotem; z tych tylko *opium purum* lub *extr. opii*, *extr. cannab. ind.* i kreozot okazały się skutecznemi; kokain zupełnie zawodził. Ból jednak po zastósowaniu plastra zawierającego *opium* lub *cannab. ind.* trwał około 2 godzin, poczém ustępował zupełnie; konopie indyjskie okazały się dzielniejszym środkiem niż makowiec, również i wyciąg tegoż. Z powodu wysokiéj ceny tak znacznéj ilości alkaloidu, próbował U. użyć do tego celu kreozotu, środka znieczulającego, tak bardzo wypróbowanego przez dentystów; wynik prób wypadł świetnie, do tego stopnia, że U. zaprzestał używać innych środków znieczulających, uważając odtąd kreozot za najsilniejsze *anodynum* w celach dermatologicznych. Przy użyciu plastru zawierającego 10·00 kw. salicylowego na 10·00 najlepszego kreozotu ból trwał tylko 10 minut. Za podwojeniem ilości kreozotu (na tę samą ilość kwasu) okres (bólu) trwał zaledwie 5 minut. To samo spostrzeżenie zrobił autor podwoiwszy ilość obu środków w plastrze (na 20·00 *Ac. salicyl.* 40·00 kreozotu); znieczulenie polega tu prawdopodobnie na porażeniu nerwów skóry kreozotem. Plaster zawierający 10·00 kwasu na metr wystarcza dla zwykłych przypadków tocznia twarzy i nosa; im cieńszym jest przyskórek i im obficiéj zaopatrzony w naczynia włosowate, tém mniéj potrzeba kwasu, gdzie jednak skóra jest zgrubiałą, gdzie małe guzki tocznia są usadowione w dawnych bliznach stwardniałych działaniem środków żrących i galwanokauteru, w brodawkowych postaciach tocznia rąk i nóg identycznych histologicznie z t. zw. brodawką anatomiczną *(verruca necrogenica, Leichentuberkel)* anatomów i rzeźników (przez odkrycie w tychże laseczników gruźliczego), na metr plastru należy użyć plastra zawierającego 30·00 nawet 50·00 kwasu salicylowego. Autor używa następnych 5 postaci plastru [1]) do leczenia tocznia; każdy tegoż metr długi, a 20 cm. szeroki zawiera na:

Ac. salicyl.	Kreozotu
10·0 grm.	20·0 grm.
20·0 „	40·0 „
30·0 „	50·0 „
40·0 „	40·0 „
50·0 „	50·0 „

Chcąc uniknąć pierwszego okresu (bólu) przy zastósowaniu plastra należy posmarować powierzchnię ciała 4% roczynem wodnym kokainu w 10 minut przed przyłożeniem plastra; kreozot, zdaniem autora, nie tylko działa jako *anodynum* dla skóry, działa on także w wysokim stopniu antiseptycznie a po tranie jest on najdzielniejszym środkiem przeciwgruźliczym. Plaster salicylowo-kreozotowy jest w stanie zastąpić wszystkie inne środki przeciw toczniowi dotąd używane. Po zastósowaniu silniejszego plastru w początku leczenia guzki mięknieją a działanie jego można przyspieszyć

[1]) *(Pflastermulle)* składa się z cienkiéj warstwy gutaperki powleczonéj z jednéj strony istotą lepką *(alumin. oleine)* zawierającą jednę albo kilka istot do leczenia służących, z drugiéj strony zaś powleczonéj muszlinem.

[1]) Wyrobu Beiersdorfa 40 Wohlers Allee Altona pod Hamburgiem.

równoczesném stósowaniem ciepłych kataplazmów; należy go odmieniać raz lub dwa razy dziennie stósując naprzód kokain lub bez tego i zmywając części chore za pomocą *linimentum calcis*, oliwy a nawet mydła i szczotki. Skoro wyżłobienia po zniszczeniu tocznia są płytsze, a nowe guzki nie powstają, należy przystąpić do plastrów słabszych kreozotowo-salicylowych a wreszcie do najsłabiéj działających plastrów salicylowo-zynkowych lub rtęciowo-karbolowych, lub do jodoformu i ichtyolu. Jedną z korzyści tego sposobu leczenia jest polepszenie pod względem kosmetycznym, albowiem w tém zgęszczeniu użyty kw. salicylowy usuwa dawne niekształtne blizny a skóra staje się delikatną; z drugiéj strony pozostaje po tém leczeniu dłużéj trwające zaczerwienienie skóry z powodu porażenia naczyń włosowatych lub też z powodu zniszczenia *stratum granulosum*, pokładu nadającego białość skórze. Uniknąć można tego następstwa używając maści z ichtyolu lub gelatyny zynkowo-ichtyolowéj. (*The Lancet* 25 wrzesień 1886). *Dr. Barącz.*

(β) Unna: **O leczeniu przewlekłéj pokrzywki.** Według autora istnieją w terapii dzisiejszéj już dwa wypróbowane środki przeciw pokrzywce: salicylan sodowy i atropin. Zdarzają się jednakowoż przypadki, w których oba powyższe leki zawodzą, a wtedy właśnie zastąpić je może ichtyol.

1) S., w wieku lat 22, cierpiąca na blednicę, w marcu 1885 przyszła do kliniki autora z powodu ostréj pokrzywki, która już 4 tygodnie u niéj trwała. Kiedy salicylan sodowy przez dłuższy czas w największych dawkach podawany okazał się bezskutecznym, próbowano atropinu wewnętrznie 0·0005 3 razy dziennie, daléj zalecono do pędzlowania *Spirit. saponat. Tinct. Belladon. āā.*, kąpiele glinowe, częste użycie herbaty kozłkowéj, a nakoniec za pomocą *Ferrum sesquichlorat.* w postaci pigułek osiągnięto w przeciągu 14 dni znaczne, ale niestety krótkotrwałe, polepszenie. Zastósowano wtedy ichtyol mianowicie zewnętrznie w postaci pędzelkowań a wewnętrznie 3 razy dziennie 5 kropli. Przy tém leczeniu choroba ustąpiła a wewnętrzne podawania ichtyolu zupełnie zapobiegło jéj nawrotom.

2) S., silnie zbudowany i całkiem zdrowy, za pobytem swym w Hamburgu 18 czerwca 1885 radził się autora z powodu pokrzywki, która już kilku tygodni trwała, i pomimo zadawanego poprzednio przez innego lekarza salicylanu sodowego w dawkach zwykle używanych, wcale nie ustępowała. Autor zalecił wewnętrznie i zewnętrznie ichtyol. Chory w 4 dni później przed swoim odjazdem przedstawił się zupełnie z pokrzywki wyleczony. (*Allg. med. Central-Ztg.*)

(β) **Jodoform w chorobach wenerycznych.** Według zestawień Rockharta (*Monatschr. f. Dermatol.*) okazuje się co do użycia jodoformu w chorobach wenerycznych co następuje: 1) W zapaleniu śluzotokowém cewki moczowéj nie ma on najmniejszego znaczenia. W owrzodzeniach i nadżerkach pochwowych powstałych skutkiem trypra jest on przeciwnie środkiem wybornym. 2) Jodoform można uważać za swoisty środek przeciw jadowi wrzodu miękkiego; jest najpewniejszym lekiem w wszystkich jego postaciach. 3) Ropiejące dymienice najskuteczniéj usuwa jodoform, a mianowicie oprawa uciskowa jodoformowa. 4) Wewnętrznie używany jako środek przeciwkiłowy stoi jodoform o wiele niżéj od jodku potasu, ale podskórnie stósowany rozciąga swe działanie na dłuższy przeciąg czasu niż ten ostatni; w nerwobólach zaś kiłowych jest wyśmienitym. 5) Wrzody kiłowe pierwotne z wybitném stwardnieniem goi jodoform równie szybko jak i wrzody miękkie. 6) Wstrzykiwanie zawiesiny jodoformowéj w glicerynie w dymienicach niebolesnych wcale nie przyczynia się do zmniejszania się tychże. 7) Jodoform sprawia rychłe zasychanie kłykcin, pokrywających się szybko przyskórkiem lub przybłonkiem, kalomel jednak działa o wiele korzystniéj na wessanie. 8) Do leczenia miejscowego za pomocą jodoformu nadają się jedynie wrzodziejące kilaki. 9) Działanie fizyjologiczne jodoformu w owrzodzeniach polega, według Binza, na roztwarzaniu go przez tłuszcze tamże zawarte, poczém w obec oksyhemoglobiny i żywotnych komórek wywięzuje się wolny jod; działanie zatém przeciwgnilne jodoformu polega na działaniu jodu wciąż się wywięzującego. Jodoform powstrzymuje wędrowanie ciałek krwi z naczyń, gdyż działa paraliżująco na pierwoszcze, a zarazem tamuje rozwój komórek olbrzymich. Uśmierzanie bólu pochodzi ztąd, że jodoform poraża nitki osiowe zakończeń nerwowych. Rany i płaszczyzny zziarnione, w których znaczne ilości tłuszczu spostrzegać się dają, łatwiéj chłoną jodoform niż świeże rany i przetoki. Jodoform z ustroju wydzielany bywa nader wolno i ztąd to pochodzi jego długotrwałe działanie. (*Allg. med. Central-Ztg.*).

(β) **Przeciw otrętowi** (*Intertrigo*), którego różne rodzaje w ogóle są pochodzenia pasorzytniczego (mianowicie pachwinowe), zaleca Unna w Hamburgu ichtyol. Najlepiéj jest smarować mocną, co najmniéj 10% maścią ichtyolową. Jeżeli otręt jest niedawny a przytém ogranicza się do niewielkiéj przestrzeni skóry, to wystarcza pospolicie jednorazowe wcieranie. — Do téj saméj kategoryi należą téż opryszczenia, pospolicie „wilkiem“ zwane, powstające w lecie po uciążliwych marszach lub dłuższém jeżdżeniu konno. Wymagają one częstszego stósowania ichtyolu, szczególnie w razie nacierania skóry, któréj brzeg charakterystycznie zwykł się do góry podnosić. Jeszcze skuteczniejszą jest mięszanina ichtyolu i tłustego mydła potasowego w równych częściach, która zwykle już jeden raz użyta usuwa pryszczenie się skóry. W zastarzałych wypryskach można dla przyspieszenia działania ichtyolu dodać kwasu salicylowego (2—10%). Ichtyol w powyższych formach pryszczenia się skóry wystarcza sam dla siebie, w innych przypadkach jest on cennym dodatkiem obok kwasu salicylowego do maści zynkowych, który przyspiesza zasychanie cieknących powierzchni (w ilości 1—3%) a w większéj ilości (10—50%) chłonienie nacieków. (*Allg. med. Central-Ztg.*)

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 3 listopada 1886 r.
Przewodniczący kol. prof. Rosner. Członków obecnych 25.
Gość Dr. Dymnicki z Buska.

1. Przyjęto jednogłośnie na członka czynnego Tow. lek. Dra Władysława Harajewicza.

2. Kol. Domański czyni w kwestyi jubileuszu Przeglądu Lekarskiego imieniem Komisyi redakcyjnéj następujące wnioski:

a) Na wydanie indeksu autorów i spisu prac oryginalnych umieszczonych w Przeglądzie Lek. w latach od 1882—1887 wyznacza się kredyt do wysokości 1000 złr.

b) W celu uzyskania téj kwoty bez sprzedania papierów publicznych będących własnością Tow. lek. krak. i Wydawnictwa Przeglądu Lek. upoważnia się z jednéj strony kol. Podskarbiego Tow., z drugiéj Komisyję redakcyjną Przeglądu, do zaciągnięcia pożyczki na zastaw papierów publicznych w kwocie do 500 złr. w równych częściach na każdą stronę, razem 1000 złr. w Banku austro-węgierskim.

c) Pożyczkę tak zaciągniętą spłacać będą wraz z należnemi procentami przez lat dziesięć po 100 złr. prócz procentów Tow. lek i Komisyja redakcyjna Przeglądu w równych częściach.

d) Wydany indeks autorów i katalog prac, rozdane będą bezpłatnie wszystkim prenumeratorom Przegl. Lek. w styczniu r. 1887.

Wnioski te jednogłośnie przyjęto.

3. Przewodniczący interpeluje kol. Paszkowskiego jako delegata Tow. lek. do Komisyi sanitarnéj miejskiéj, jakie środki zamyśla Komisyja przedsięwziąć na przypadek pojawienia się cholery w mieście. — Kol. Paszkowski usprawiedliwiając się faktem, że już bardzo dawno nie było zwołane posiedzenie Komisyi sanitarnéj, oświadcza, iż jedynie kol. Domański zasiadający w Komisyi tak zwanéj cholerycznéj, może udzielić żądanych wskazówek. — Kol. Domański w dłuższém przemówieniu objaśnia skład i zadanie Komisyi cholerycznéj, poczém kol. fizyk miejski Buszek rozwija starania i zabiegi, jakich dokonał zarząd miasta w celach ochronnych, oraz rozporządzenia w razie pojawienia się téjże. — Kol. Oettinger uczynił wniosek, aby w obec grozy cholery Tow lek. przez Prezesa zniosło się z Prezydyjum miasta o częstsze zwoływanie posiedzeń Komisyi sanitarnéj, do którego to wniosku kol. Paszkowski uczynił dodatek, aby delegat Tow. lek. do Komisyi sanitarnéj był zarazem członkiem Komisyi t. zw. cholerycznéj. Wniosek wraz z dodatkiem przyjęto znaczną większością głosów.

4. Kol. Wł. Gluziński imieniem Komisyi przemysłowéj czyni wniosek co do popierania wyrobów wód gazowych fabryki pp. Rzący i Chmurskiego. Wnioski Komisyi, które jednogłośnie przyjęto, są następujące:

A. Na syfonach wody sodowéj wolno pp. Rzący i Chmurskiemu umieścić etykiety z napisami: *a)* Woda sodowa higijeniczna wyrabiana z polecenia i według wskazówek Komisyi przemysłowéj Tow. lek. krak., a uznana przez to Tow. za lepszą i odpowiedniejszą od zwykłéj wody sodowéj; *b)* woda sodowa kwaśna lecznicza wyrabiana z polecenia i według wskazówek Komisyi przemysłowéj Tow. lek. krak.

B. Komisyja przemysłowa zawiadomi o wyrabianiu tych wód tak Komisyję sanitarną miejską jak i Dyrekcyje klinik i szpitali.

C. Na żądanie pp. Rzący i Chmurskiego można im wystawić odpowiednie świadectwo imieniem Tow. lek. krak.

Dr. Dobruchowski.

Sprawozdanie z walnego zebrania członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 22 czerwca 1886.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

W dyskusyi kol. Grodzki podaje, że leczył w pewnym okresie czasu 30 przypadków tyfusu brzusznego, z których tylko jeden dotyczący dziecka, u którego były powikłania ze strony nerek i płuc zakończył się śmiercią; podawał wielkie dawki antipyrynu, oprócz tego kwas solny i środki podniecające a uwzględniał ściśle wentylacyję przez otwieranie okien tak zimą jak latem, w zimie każąc palić w piecu. O podniecających środkach nie ma w ogóle zbyt korzystnego wyobrażenia, nie zgadza się též na to, aby gorączka miała chorobotwórcze ustroje zabijać.— Kol. Jerzykowski mniema, że zadawanie środków przeciwgorączkowych stósować się winno do okresu choroby; w późniejszych okresach środki przeciwgorączkowe zabijają. Kol. J. stosuje okłady zimne, wycierania octem, nadto środki podniecające. Co do kąpieli nie radzi używać ich zbyt zimnych.— Kol. Kończyński w roku 1885 przechodził w Obornikach epidemiję tyfusową wśród warunków niedozwalających zastósowania kąpieli zimnych; podawał więc salicylan sodowy i kwas salicylowy, wina ile tylko chorzy znieśli, a z 43 przypadków tylko jeden dotyczący staruszka, zakończył się śmiertelnie. — Kol. Zielewicz wspomina, iż wiadomo, że w ostatnich czasach starają się bakteryjologowie wszystkie ostre choroby wyprowadzić od bakteryj, a w obec tego leczenie przeciwgorączkowe upaśćby musiało. Natomiast usuwanie bakteryj przez wypróżnienia i wpływanie na podniesienie czynności serca, znalazłoby logiczne zastósowanie.—Zdaniem kol. Kończyńskiego o wypróżnieniach mówić wtenczas dopiero będziemy, skoro się dowiemy, któremito drogami bakteryje wychodzą. Jeden z asystentów Kocha robi pod tym względem doświadczenia. Dopóki to nie nastąpi, używać musimy środków działających wprost na utwory przyrzutowe, jak np. chininu przeciw zimnicy.—Kol. Zielewicz mniema, iż jestto terapija przeszłości. Przeciwko malaryi dziś już chininu nie uważa się za środek swoisty; podają się inne środki jak arszenik — Kol. Cieślewicz sądzi, iż są słabsze i silniejsze epidemije, pierwsze częstokroć same przez się ustępują, drugie mimo najrozmaitszéj terapii kończą się śmiertelnie. Kąpiele, których jednakże niżéj 16° nie radzi podawać, działają dobrze, mianowicie wtenczas, gdy umysł jest zaćmiony; antipyryn także jest skutecznym.—Kol. Preibisza zdaniem antipyryn nie szkodzi, ale též nie pomaga, jedynie kąpiele letnie, połączone z zimnem polewaniem zasługują na zaufanie. — Kol. Koszutski chwali bardzo działanie antipyrynu, którego błogiego skutku w własnéj doznał rodzinie. Chinin i kwas salicylowy dobrze działają w początkach; w razie upadku sił podaje natomiast kwas bedźwinowy z kamforą. — Kol. Preibisz sądzi, iż zanadto liczymy się teraz z termometrem, dla starszych lekarzy wskazówką w chorobach gorączkowych było tętno.—Kol. Zielewicz gani również przesadę w mierzeniu ciepłoty mianowicie gdy się to pozostawi otoczeniu chorego.

Po kilku jeszcze uwagach koll. Koszutskiego, Kapuścińskiego i Jerzykowskiego zaznacza kol. Kaczorowski, że z ożywionéj dyskusyi wyniósł przekonanie, iż żaden z kolegów nie skłania się do jednego tylko systemu. Sam zaleca w tyfusie zimne powietrze i kąpiele letnie z polewaniem zimną wodą.

Daléj mówi kol. Kaczorowski o przypadku katalepsyi, którą od niejakiego czasu leczy u pewnéj kobiety w szpitalu Sióstr Miłosierdzia. Przypadek ten jest następujący:

Agnieszka Doba, wyrobnica, niezamężna, lat 24 licząca, według bardzo niedokładnych wywiadów pochodząca z rodziny, w któréj nie zachodziły ważniejsze choroby układu nerwowego, w 7mym roku życia przebyła razem z dwojgiem rodzeństwa od niéj młodszego ostrą chorobę gorączkową prawdopodobnie *Meningitis cerebrospinalis epidemica* albo płonicę, skutkiem któréj rodzeństwo oboje zmarli, ona zaś sama odniosła utratę słuchu a w dalszém następstwie i mowy, a nadto lekkie porażenie średnich gałązek lewego nerwu twarzowego.

Odtąd rozwijając się pod względem fizycznym i umysłowym jak na głuchoniemą dosyć prawidłowo, żadnym nie podlegała chorobom, zawsze będąc wesołego usposobienia pracowała chętnie i żywo w gospodarstwie wiejskiém, aż 10 kwietnia rb. pod wrażeniem śmierci starszego brata popadła w jakieś niedomaganie z utratą łaknienia, które po tygodniu rzuciło ją na łoże w stanie ogólnego odrętwienia.

Według opowiadania starszego brata leżała w łóżku zupełnie nieruchoma, bezprzytomna, jakoby w głębokim śnie pogrążona, przez cały tydzień żadnego pokarmu ani napoju nie przyjmując, i jak on twierdzi, ani moczu ani kału w tym czasie nie oddając.

Następnie przez kilka dni mocz i kał bezwiednie oddając, odzyskała pod koniec trzeciego tygodnia choroby tyle przynajmniéj czucia, że połykała trochę do ust wlewanego mleka i pozwalała się z łóżka wysadzać do oddawania odbycin, popadając po za temi na wpół świadomemi ruchami na nowo w dawniejszą śpiączkę.

Dnia 1 maja przywieziona do zakładu Sióstr Miłosierdzia przedstawiała stan następujący: Dziewczę, około lat 20, dobrze zbudowane, średniego wzrostu, i mimo długotrwałego postu nie źle odżywione, cery twarzy dosyć zdrowéj, leży na łóżku nie zdradzając najmniejszego poruszenia, z oczami przymkniętemi, szczękami lekko zaciśniętemi, z wyrazem twarzy spokojnym, jakby osoby lekko śpiącéj, z oddechem niedostrzegalnym brzusznym, 20 razy na minutę powtarzającym się, z tętnem średniego napięcia, 60 razy na minutę uderzającém, po uniesieniu górnych powiek gałki oczne zwrócone ku dołowi, i trochę na wewnątrz, źrenice średniéj wielkości bardzo słabo na światło oddziaływają, spojówki na kłócie żadnego odczynu nie wydają. Skóra na żadne bodźce, najsilniejszy prąd tak galwaniczny jak faradyczny, nieczuła, mięśnie zaledwie po zastósowaniu najsilniejszego prądu trochę się kurczą. Nieruchome odnogi, biernie poruszone w jakimkolwiek kierunku, zatrzymują położenie raz im nadane, toż samo górne powieki, szczęka dolna, tułów, tak dalece, że górna część jego do tępego kąta podniesiona, pozostaje w téj postawie, dopóki choréj na wznak się nie ułoży. Wszystkie mięśnie pozostają w bardzo lekkiém napięciu, zdradzającém się bardzo nieznacznym oporem, jaki przy zmianie ułożenia odnóg uczuć się daje. W zamkniętéj jamie ustnéj pełno gęstych z płatkami śluzu pomięszanych ślin, wypływających po biernem rozwarciu szczęk, język i połyk zaczerwieniony, lekkie cuchnienie z ust. Wlany łyżką do ust płyn chora po niejakim czasie zwolna połyka. Pęcherz moczowy przepełniony do pępka, zresztą w innych narządach żadnych zboczeń wyśledzić nie można. Błona dziewi-

cza rozdarta, trochę upływu śluzowego z pochwy, macica układu dziewiczego. Na wstępie zadano chorej łyżkę *Ol. ricini*, poczém w kilka godzin bardzo dużo moczu i rzadki kał oddała pod siebie.

Mając przed sobą przypadek stanu hypnotycznego, połączonego z wybitną katalepsyją, zrazu doświadczałem, o ileby drażnienie elektrycznością zdołało rozbudzić dziwnie uśpiony ośrodek nerwowy. Oprowadzając pędzelek faradyczny najbardziéj spotęgowanego przyrządu Stöhrera wzdłuż kręgosłupa, najmniejszego drgnięcia w twarzy, tylko po dotknięciu kolców średnich kręgów plecnych lekkie wygięcie tyłogłowia w tył spostrzegłem. Gdy jednakże po każdorazowém stósowaniu faradyzacyi tętno już tak znacznie zwolnione spadało do 40 uderzeń w minucie, zaprzestałem dalszéj elektryzacyi, ograniczając się do regularnego podawania choréj mleka, *Tr. Valerian. aeth.* połączonéj ze względu na towarzyszące zapalenie jamy ustnéj i połykowéj z *Tr. Jodi* i do codziennych kąpiel o 27°R.

Chora 5go dnia na kłócie spojówki odpowiadała lekkiém mrużeniem powiek, potrzebę oddawania moczu czy kału odtąd zdradzała wysuwaniem nóg z łóżka, poczém łatwo przychodziło usadzić ją na stolcu. Do kąpieli przy pomocy łatwo wchodziła, ale byłaby się w wannie z głową zanurzyła w wodzie, gdyby jéj głowy nie uniesiono, po dwóch tygodniach dała się już trochę oprowadzać, a nawet jak automat popchnięty naprzód parę kroków sama postępowała naprzód w prostym kierunku, stojąc potém znowu jak posąg. *Flexibilitas cerea* członków w miarę powracania świadomości zmniejszała się coraz bardziéj, tak że nadawane jéj pozy nie wytrzymały dłużéj nad parę sekund, znoszone zrazu siłą ciężkości samych członków, a późniéj własnéj woli. Po 3 tygodniach pobytu szpitalnego zaczęła już sama spożywać stałe pokarmy, a nawet z szufladki stoliczka nocnego wydobywać sobie bułeczki, jadała jednak tylko w dłuższych odstępach czasu, gdy widać głód się odzywał, inaczéj podawanego pokarmu zamknięciem ust odmawiała.

Powoli dawała się nawet nakłaniać do krótkotrwałych zajęć domowych, np. do prasowania, przyczém wszakże trzeba jéj było najprzód rękę kierować, jak u automata, późniéj także i trochę szyła, zawsze jednak tylko przy pomocy i nadzorze, jak dziecko wykonywające pierwsze próby takich robótek. Wrażliwość skóry, jakkolwiek na kłócie szpilką jeszcze nieodzywająca się, na silniejszy prąd elektryczny zdradza się już lekkiém wykrzywieniem twarzy, mięśniowa wrażliwość już prawie zupełnie przywrócona. Chora zaczyna się patrzeć przytomniéj, uśmiecha się czasem, wskazuje ręką na lewy bark, jakby tam bólu jakiego doświadczała. Przy uśmiechu dopiero teraz spostrzedz się daje lekkie porażenie lewego nerwu twarzowego w słabszém zarysowaniu się fałdu noso-wargowego.

Jakkolwiek większą część dnia spędza po za łóżkiem siedząc na krzesełku albo dając się oprowadzać, rozlana na twarzy apatyja nadaje jéj zawsze jeszcze pozór osoby hypnotyzowanéj, pozbawionéj wszelkiego samowolnego postanowienia, postępującéj tylko za wskazówkami, przez drugą osobę jéj podanemi.

Jedno, co z własnéj czyni inicyjatywy, jakkolwiek i tu przykład codziennych kilkorazowych modlitw wspólnych, zdaje się być przechowaną w pamięci podnietą, jest często powtarzające się samodzielne żegnanie, co niejako stwierdza właściwą wielu kataleptykom pochopność do religijnych manifestacyj. Szkoda wielka, że zachodząca głuchoniemota nie pozwala tego przypadku wyzyskać ku wszechstronnemu zbadaniu stanu psychicznego i fizycznego. Ostatecznie wypadnie z całego zbiegu zjawisk podciągnąć całą sprawę chorobową pod pojęcie hysteryi, z znamieniem ogólnéj analgezyi, do któréj się przyłączyła bardzo długotrwała katalepsyja.

W końcu przedstawił kol. Wicherkiewicz dwóch chorych a mianowicie:

1) Wieśniaka, u którego przed 8 tygodniami chcąc usunąć przybłoniak lewéj dolnéj powieki znalazł tak znaczne rozgałęzienie téj narośli, iż zniewolony był nie tylko odciąć znaczną część dolnéj powieki, ale nadto prawie wszystkie kości, które z góry, z boków i przodu ograniczają jamę Highmora. W całości pozostało tylko podniebienie. Znaczną ranę skóry pokrył kol. W. w części płatem skórnym pozyskanym przez wyłuszczenie kaszaka, wielkości małego kurzego jaja umieszczonego ponad prawém okiem. Chcąc uchronić lewe oko od urazowych wpływów zeszył kol. W. pozostałą część dolnéj powieki z górną. Jama coraz więcéj się zmniejsza, tak iż obecnie odpowiada zaledwo wielkości włoskiego orzecha.

2) Drugi przypadek dotyczy transplantacyi dolnéj powieki sposobem, o którym kol. W. referował na posiedzeniu dnia 28 maja rb. Wynik téj operacyi u 50-letniego kupca, który od 25 lat cierpiał w skutek utraty prawéj dolnéj powieki, był znakomity.

Po przedstawieniu tych chorych, mówił kol. Wicherkiewicz o nowym sposobie operacyi podwinięcia rzęs. Szczegółowy opis téj operacyi wyjdzie drukiem. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

VIII. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

W Azerbejdżanie i w okolicach Hamadanu w rzędzie bardzo licznych gatunków jarzyn uprawianych na szczególną wzmiankę zasługują ziemniaki. Spotkać je w Persyi było dla mnie prawdziwie miłém zjawiskiem: i piękna ich postać, ogromne sterty, a nie mniéj téż i nieporównana taniość, przekonały mnie, że są tu one cenione i powszechnie używane. Jak wszystkie jednak jarzyny bywają tu w odmienny sposób przygotowywane, tak i ziemniaki podlegają innemu kulinarnemu traktowaniu. Odgotowane i późniéj obrane, najprzód dodają je do potrawy przygotowanéj tu z mięsa i pigwy i podobnie jak ryż stanowiącéj codzienne danie. Daléj uduszone z dodatkiem pewnéj ilości kminku i cynamonu figurują nieraz na stole zamożnych jako danie poprzedzające inne mięsne potrawy. Największe jednak wzięcie znajdują pośród podróżnych i biedniejszéj klasy ludności. I tém czém dla Araba jest ciasto z daktyli zarobione z mąką i masłem (bikmez), tém dla mieszkańców północno-zachodnich okolic Persyi jest „zebze“, czyli prościéj ziemniaki w pieluszkach. Przygotowanie ich bowiem mianowicie w podróży nie wymaga wielkich zabiegów. Trochę ognia, choćby wziętego z Nargilleh, znajdzie się zawsze. A jakiż to zysk i wygrana na czasie gdy się w téj jarzynie znajduje wszystko, tj. łatwy, smaczny a i pożywny sposób zaspakajania potrzeb żołądka. Wtedy nigdy nie jedzą gotowanych, lecz tylko pieczone ziemniaki jużto z solą lub cebulą, niekiedy z maślanką lub sokiem winogronowym, najczęściéj jednak bez wszelkich tych dodatków. Każdy téż z udających się w drogę prędzéj pominie zabranie innych wiktuałów, aniżeli zapomni wypakować sakwy ziemniakami, o których wartości przekonała go codzienna praktyka.

Zwykłe produkty nabiału, jak masło i ser i pozostała ilość płynna stanowiąca maślankę i serwatkę, w krajach wschodnich zostają jeszcze powiększone przygotowaniem mleka zsiadłego na słodko lub kwaśno zwanego „mast“. Latem zaś ze znacznéj ilości nabiału przygotowuje się „duh“, zbliżający się do naszéj maślanki, lecz zawierający tylko większą ilość wody. Do przeobrażenia mleka płynnego w stan zsiadły używa się tu zakwasu przygotowanego z mąki jęczmiennéj lub najczęściéj i dla większéj ekonomii wyschłych liści i łodyg z rodzaju *Vallisneria*. Pewna ich ilość włożona do zagotowanego najprzód mleka zagęszcza je i zakwasza z chwilą oziębienia się. Tak „mast“, jak i „duh“ jestto codzienna strawa wieśniaka, pierwszy w ciągu całéj zimy, drugi tylko latem. Niemi żywi się cała rodzina bez względu, jakim jest stan jéj zdrowia. One téż służą do powitania gościa, któremu na wstępie pod namiot jedna z córek gospodarza zwykła podawać dębową czaszę wypełnioną świeżą maślanką. W istocie jestto napój orzeźwiający; to jednak ma sobie właściwego, że na pewien czas przygłusza uczucie apetytu, podniecając pragnienie często do wysokiego stopnia. Tutejsza ludność wiejska rzadko spotykając choćby tylko wędro-

wnych lekarzy, sama zwykła opiekować się swymi chorymi w każdéj najgroźniejszéj nawet okoliczności, używając przedewszystkiém przetworów nabiału. Ztąd téż prócz już znanego sposobu ich przygotowania, niektóre z nich wzmacnia jeszcze dodatkiem pewnych specyjałów, jak kaparki, czosnek, skórka ze świeżych granatów, słodkich cytryn lub wierzby, nasienia czarnuszki, mięty itp. Nabiał wtedy nabiera właściwego smaku. I czy to w skutek zmiany swéj jakości, czy téż w następstwie przesądu, ma działać pomyślnie w takich np. chorobach jak zimnica, stany nieżytowe żołądka i jelit, w zapaleniu oskrzeli, w ziarnieniu nerek, w zapaleniu opon mózgowych u dzieci, w niektórych ostrych chorobach zakaźnych i skórnych. Podawanie jednak przetworów nabiału jako leku jest tu wyłącznym przywilejem kobiet, które téż stosownie do własnego widzenia rzeczy, raz podają choremu mleko zsiadłe, zaprawione tym lub owym dodatkiem i przekonane, że „duh“ orzeźwia a „mast“ wzmacnia, najczęściéj pierwszym opajają swych pacyjentów. I jakkolwiek podobne postępowanie nie może dać pożądanych rezultatów, to w każdym razie jest ono racyjonalniejszém od wszelkich pokątnych działań tutejszych znawców.

Nabiał otrzymywany od owiec i kóz jest tu uważany za najlepszy. Mleko krowie mniéj jest cenionêm, podczas gdy w okolicach zamieszkałych przez Arabów z plemienia Abu-Mehemet, hodujących wielkie trzody bawołów i wielbłądów, przekonanie o jakości pożywnéj nabiału jest nieco odmienne. Mleko bawolic dawane w znacznéj ilości jest bardzo tłuste i posiadając cechującą woń bywa uważane za najlepsze. Nie łatwo jednak oddziela swą kazeinę i jedyny produkt, jaki daje, jestto wielka ilość śmietanki, zbieranéj na sprzedaż i do opatrywania okolic ciała dotkniętych łuszczycą, nigdy zaś na użytek domowy. Pozostała zaś ilość mleka bywa przeobrażaną na „duh“, który jednak z powodu swéj przenikającéj woni, może być tylko przyjemnym napojem dla mało zwykle wymagającego Araba.

Mleko wielbłądzie zawiera małą stosunkowo ilość kazeiny, jest wodniste i dominującą w nim częścią składową są węglany sody i wapna. Wzgląd na rodzaj paszy, jaką się zwierzę karmi, częsty brak wody lub niedostateczna jéj ilość tłumaczą, dla czego mleko wielbłądzie nie posiada właściwego smaku, po udojeniu przedstawia się jako masa zbitéj piany i na narząd trawienia oddziaływa w sposób rozwalniający. Ztąd przyzwyczajenie się do dobrego strawienia wielbłądziego mleka jest niedostępném dla samego nawet Araba, dla którego jest ono lekiem w potrzebie, a użyte w znaczniejszéj ilości wywołuje stan chorobowy jelit, bardzo często przechodzący w czerwonkę. Całą zaś jego zaletą, z któréj korzystają jedynie mieszkańcy południowych okolic kraju, jest łagodzenie pragnienia, lecz tylko w razie użycia małéj ilości mleka. I te jego własności są powodem, że nie poddawane żadnéj innéj przeróbce, mało ogólnie bywa używaném.

Co do drobiu i dziczyzny, to u prawowiernego Persa jedna tylko poczciwa kura jest wolną od pogardy, obejmującéj wszystkie inne istoty skrzydlate. Dla przygotowania jednak z niéj jakiegoś dania koniecznêm jest zachowanie pewnych ostrożności, zależących na têm, że życie powinno być odebrane ptakowi poza obrębem domu, głowa i nogi oddane na posiłek nocnych czworonożnych stróżów ulicznych, pióra zaś i puch pozostawione woli wiatru. Znaczna zaś ilość kuropatw, frankolin, przepiórek, dzikich kaczek, stadami przelatujących gęsi, cieszy się w Persyi największą yswobodą i chyba tylko w szczególnie wyjątkowych zdarzeniach figuruje niekiedy na stołach zamożniejszych. Popularna jednak terapija dość często posługuje się dzikiém ptactwem jako środkiem leczniczym, nie przywięzując wtedy uwagi, czy mięso ptaka jest jadalném, czy téż przeciwnie. W dolegliwych tedy kurczach żołądka, kolce wietrznéj, w niestrawnościach u małych dzieci, zwykło się na pół dobitą istotę rozćwiartowywać na połowę i szybko ciepłe jeszcze mięso przykładać na okolicę bólu. Ma to przynosić ulgę w cierpieniach powyższych. Do zwierzyny zaś Pers nie przywięzuje żadnéj wartości, uważając pewne gatunki za niestrawne, inne otaczając fanatyczną pogardą, a nad wszystko przenosząc kawałek szkopowiny przygotowanéj jako potrawka ze śliwkami lub brzoskwiniami, lub figurującéj na stosie pilawu jako rodzaj pieczystego. W têm jedném zdają mi się Persowie mieć racyję, bo nie znając znaczenia gastronomicznego mięs białych i czarnych, jeżeli tylko są w stanie, swoją szkopowiną zastępują inne gatunki mięs, żywiąc się nią w zwykłym stanie zdrowia, a nie odrzucając jéj także, gdy potrzeba pożywić i wzmocnić swych chorych.

IX. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

— Na posiedzeniu Rady miejskiéj w d. 25 listopada b. r. uchwalono na wniosek Komisyi cholerycznéj przedstawiony przez r. m. prof. Domańskiego a popierany energicznie przez radzców lekarzy Dra Jordana, prof. Pareńskiego i Dra Warschauera zakupno przyrządu dezinfekcyjnego mającego służyć do rzeczywistéj dezinfekcyi odzieży, bielizny i pościeli tudzież innych większych przedmiotów, w których mieścić się mogą zarodki chorób zakaźnych. Komisyja przyjęła za zasadę dezinfekcyję za pomocą pary gorącéj, ogrzanéj do 100 stopni Celsyjusza i poszła w téj mierze za dzisiejszą nauką trzymając się słusznie zdania, że, jeżeli w téj ważnéj sprawie ma się coś robić — a robić trzeba koniecznie — to robić wypada gruntownie, bo dezinfekcyja urojona, na którą się ludzie spuszczają, jest gorsza od żadnéj. W ten sposób powstaje w Krakowie nowe a ważne urządzenie sanitarne, które niewątpliwie zbawienne przyniesie owoce, jeżeli, a czego pewnym być można, w usiłowaniach koło poprawy zdrowia publicznego poprą gminę lekarze i zarządy szpitali, które nieraz mimowolnie szerzyły choroby zakaźne przez wydawanie rzeczy mieszczących w sobie zarodki chorobowe. Gdy przyrząd, o którym mowa, będzie zbudowany i do użytku gotowy, podamy o nim bliższe szczegóły, nie obojętne zapewne dla naszych Czytelników.

* **Cholera** w ostatnich dniach wystąpiła w dwóch miejscach w Niemczech, a mianowicie Dr. Buchwald sprawdził przypadek śmierci we Wrocławiu, tyczący się wychodźcy węgierskiego, który w przejeździe przez Wrocław tamże zachorował i umarł, — Dr. Pfeiffer zaś donosi o epidemii wybuchłéj we wsiach Gonsenheim i Finthen, o milę odległych od Moguncyi, gdzie zachorowało osób 22, a umarło 15. Mieszkańcy tych wsi trudnią się handlem drobiu i owoców, które w ostatnich czasach sprowadzali z Węgier i Włoch. Epidemija ta zgasła, zanim przedsięwzięto jakiekolwiek środki ostrożności, została ona jednak bakteryjologicznie sprawdzoną. Pojawienie się jéj i zniknięcie w dwóch wioskach odległych od miejsc nawiedzonych cholerą, daje w każdym razie wiele do myślenia i przemawia przeciw teoryi kontagijonistów.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23·6. Z płonicy umarło 1 (3 z. t.); z dławca i błonicy 3 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (2 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy, 2 błonicy, 1 krztuśca. W tygodniu od 7—13 listopada umarło z ospy: w Warszawie 8, w Budapeszcie 73, w Wiedniu, Pradze i Wenecyi po 1, w Rzymie 8, w Paryżu 3, w Petersburgu 4. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 11, w Rzymie 6, w Paryżu 21, w Londynie 19, w Petersburgu 14. Z gorączki połogowéj umarło w Warszawie 5, w Londynie 8. Z odry umarło: w Londynie 29, w Paryżu 18, w Liwerpolu 10. Z płonicy

umarło: w Warszawie 14, w Berlinie 11, w Budapeszcie 13, w Londynie 29, w Odesie 18, w Petersburgu 11. Z błonicy i dławca umarło: w Budapeszcie 18, we Wrocławiu 12, w Dreźnie 14, w Berlinie 35, w Hamburgu 19, w Pradze 13, w Paryżu 19, w Londynie 34, w Chrystyjanii 10. Z krztuśca umarło: w Londynie 12.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,4; we Lwowie 33,3; w Brodach 30,5; w Drohobyczu 43,9; w Kołomyi 40,4; w Przemyślu 33,2; w Stanisławowie 37,9; w Tarnopolu 40,1; w Tarnowie 34,6; w Czerniowcach 28,3; w Warszawie 23,9; w Poznaniu 28,9; w Wiedniu 25,5; w Salcburgu 19,5; w Gracu 31,4; w Tryjeście 26,3; w Insbruku 21,2; w Pradze 31,2; w Ołomuńcu 17,9; w Berlinie 22,1; we Wrocławiu 29,7; w Gdańsku 27,6; w Dreźnie 22,6; w Hamburgu 30,3; w Kolonii 26,1; w Lipsku 15,6; w Mnichowie 30,6; w Strasburgu 21,4; w Amsterdamie 19,0; w Bazylei 21,3; w Brukseli 21,4; w Budapeszcie 39,5; w Chrystyjanii 19,5; w Genewie 20,9; w Kopenhadze 21,4; w Londynie 17,8; w Odesie 36,4; w Paryżu 22,3; w Petersburgu 22,1; w Rzymie 21,1; w Stokholmie 17,1; w Wenecyi 26,0; w Zurychu 17,2. *J. B.*

X. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 grudnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego po załatwieniu czynności administracyjnych prof. Obaliński przedstawił dwóch chorych operowanych, jednego z plastyczną operacyją nosa, drugiego zaś z trepanacyją dla afazyi urazowéj; w dyskusyi wzięli udział prof. Adamkiewicz i Dr. Warschauer. Następnie docent Jaworski przedstawił wniosek Komisyi przemysłowéj, mający na celu poparcie mleczarni, urządzonéj w Grotkowicach; wniosek ten jednomyślnie przyjęto. Dr. Trzebicki okazał preparat anatomiczny z przypadku wycięcia jelita, dokonanego w klinice prof. Mikulicza; wreszcie docent Jaworski miał odczyt zapowiedziany, a dyskusyję nad nim odłożono do przyszłego posiedzenia.

* Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie rozpoczęło już druk dziełka doc. Dra Pieniążka „O najnowszych postępach w zakresie patologii i terapii chorób krtani.“ Dziełko to stanowić będzie dopełnienie obszernego dzieła tegoż autora wydanego w r. 1879 „O chorobach krtani i tchawicy“ i rozesłaném będzie wraz z dziełem pierwotném bezpłatnie Członkom i prenumeratorom Wydawnictwa, jako premijum za rok 1885.

* D. 6 bm. odbędzie się posiedzenie pełnego Komitetu Wystawy krajowéj, w roku przyszłym odbyć się mającéj w Krakowie. W komitecie tym Tow. lek. krak. jest reprezentowane przez prof. Korczyńskiego, Tow. zaś lekarzy galicyjskich przez docenta Grabowskiego.

* **Lwów**. Według *Wiadomości Lekarskich* szpital powszechny lwowski cierpi na brak lekarzy pomocniczych. Pomnożenie liczby lekarzy i podwyższenie ich płacy okazuje się niezbędném. Uderzającą jest okoliczność, że tylko dwaj lekarze pomocniczy mieszkają w szpitalu, ponieważ dla reszty nie ma pomieszkania. Wątpimy, czy podobna anomalija istniała w innym wielkim szpitalu. Czy nie wypada, aby lekarze lwowscy udali się z petycyją do Sejmu o zaradzenie złemu?

* **Warszawa**. Dowiadujemy się z *Gazety Lek.*, że z inicyjatywy Dra Polaka ma się odbyć tamże w miesiącu maju 1887 wystawa higijeniczna. Protektorat nad wystawą przyjęła hr. Augustowa Potocka; prezesem wystawy obrany prof. Szokalski, wiceprezesem prof. Łuczkiewicz, sekretarzem stałym Dr. Polak.

* **Jena**. Pracownia Zeissa obchodziła niedawno uroczyście wyrób 10,000go mikroskopu.

* **Bononija**. Uniwersytet tutejszy na wiosnę 1888 r. obchodzić będzie 800-letnią rocznicę istnienia swego. Senat akademicki wykrył dowody, przemawiające za tém, że uniwersytet bonoński założony został między r. 1080 a 1090; tym sposobem byłby on o 100 i kilkanaście lat starszym od paryskiego i najstarszym uniwersytetem w ogóle.

* **Wiadomości uniwersyteckie Monachijum**. Prof. Gietl od dłuższego czasu choruje, z tego powodu zastępstwo otrzymał prof. Bauer. — **Paryż**. Prof. Hardy przechodzi w stan spoczynku; posadę jego w Charité otrzymuje prof. Potain, a posadę ostatniego w szpitalu Neckera prof. Peter. — Na opróżnioną po Bouleyu posadę patologii porównawczéj proponowani Chauveau i Gréhant. — **Insbruk**. Prof. nadzw. syfilidologii Dr. Edward Lang otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego. — **Petersburg**. Dr Albicki, docent prywatny w Akademii lek. wybrany został prosektorem przy katedrze patologii ogólnéj. — **Leodyjum**. Dr Firquet mianowany nadzw. profesorem anatomii patologicznéj. — **Santjago** w Chili. Uniwersytet tutejszy drogą inseratu poszukuje profesora fizyjologii z płacą roczną 15.000 franków i kosztami podróży. — **Kazań**. Habilitowali się Dr. Nowicki dla chorób usznych, Dr. Razumowski dla desmurgii i mechanurgii, Dr. Nikolski dla katagrafologii. — **Gryfija**. Prof. anatomii patol. Grohé ciężko zaniemógł na cukrzycę. — **Würzburg** Na katedrę psychijatryi po Grasheyu proponowani: prof. Jolly z Strasburga i Dr. Rieger. — Nowomianowany prof chirurgii Schönborn otrzymał tytuł i charakter radzcy dworu. — **Bonn**. Dr. Geppert, b. asyst. kliniczny w Berlinie, habilitował się jako doc. prywatny.

* **Nekrologija**. W Aberdeen umarł nagle prof. farmakologii Dr. Aleksander Dyce-Davidson w 41 roku życia. — W Brukseli umarł Dr. Lequime prof. kliniki lek. i wydawca czasopisma *„La Belge médicale“* w 84 roku życia. — W Londynie umarł docent farmakologii Dr. John Farre licząc lat 83.— W Gryfii umarł prof. anatomii patolog. Fryderyk Grohé. Urodzony w Spirze d. 12 marca 1830 r. uzyskał w r. 1856 stopień doktora w Würzburgu, pełnił tamże obowiązki asystenta przy Virchowie, z którym następnie przeniósł się do Berlina. W r. 1858 mianowany nadzw. a w r. 1862 zwyczajnym profesorem anatomii patolog. w Gryfii. — W Bazylei umarł profesor otyjatryi Dr. Albin Burchardt-Merian w 44 roku życia.— D. 11 listopada odebrał sobie życie w Petersburgu prof. Kołomnin wystrzałem z rewolweru z powodu operacyi, która mu się nie powiodła.

Do Nru dzisiejszego dołącza się prospekt na miesięcznik wychodzący w Warszawie pod tyt: „Zdrowie.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

W celu nadania stypendyjum jednorazowego na podróż w kwocie 900 złr. z fundacyi J. W. Radcy Stanu Walentego Szklarskiego rozpisuje się niniejszém konkurs.

O stypendyjum to ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim, którzy studyja swe ukończyli, najdaléj w przeciągu pięciu lat od ukończenia swych studyjów. Każdy z ubiegających powinien się zobowiązać pisemnie, że w razie udzielenia mu stypendyjum w przeciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę. W każdym razie wykształcenie za granicą ma mieć za cel przyszłą uprawę naukową w pewnéj gałęzi lekarskiéj bądź teorytycznéj bądź praktycznéj, ma więc być przysposobieniem do zawodu naukowego, a nie do samego lekarskiego wykonawstwa. Wymaga się więc dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego okazywanego jużto w pracowniach jużto w klinikach szczególném przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań, dokonywanemi ćwiczeniami i pracami, gorliwém zajmowaniem się jakąś szczególną gałęzią lekarską itp. Jako rękojmi pożytecznie za granicą użytego czasu i funduszu wymagać się będzie od pobierającego stypendyjum dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków tak pod względem wykształcenia osobistego, jak i zebranych spostrzeżeń, doświadczeń i dokonanych prac.

Podania należy wnieść najdaléj do dnia 8 lutego b. r. na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego w Krakowie.

Kraków dnia 27 listopada 1886 r.

Browicz.
Dziekan Wydz. lek.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na miejsce powiatowo-gminnego lekarza w Konjicy (Hercogowina).

Lekarz powiatowo-gminny w Konjicy pobiera rocznie 1200 złr. płacy i 150 złr. dodatku na mieszkanie w ratach miesięcznych z góry.

Komisyje polityczne równie jak czynności sądowolekarskie do jakich powołany zostanie bywają oddzielnie według istniejących przepisów wynagradzane.

Lekarz powiatowo-gminny winien utrzymywać aptekę domową i leki z niéj według ustanowionéj taksy sprzedawać.

Za wizyty lekarskie liczy się w Konjicy: za dzienną 35 kr., za nocną 50 kr., w obwodzie powiatu: 3 złr. dziennie i koszta drogi.

Ubogich w Konjicy winien lekarz leczyć darmo.

Miasto Konjica liczy 1.520 mieszkańców i leży przy drodze z Serajewa do Mostaru w odległości 60 klm. od pierwszego a 80 klm. od drugiego. W obwodzie powiatu buduje się obecnie droga kolei żelaznéj z Mostaru do Serajewa.

Posadę lekarza powiatowo-gminnego otrzyma jedynie Doktor wszech nauk lekarskich.

Podania o tę posadę należy wnosić z załączeniem dyplomu, świadectwa co do moralnego i politycznego zachowania się, oraz zdrowia i innych dowodów najpóźniéj do 10 Grudnia rb. do urzędu powiatowego w Konjicy.

Nie wymaga się świadectwa z egzaminu fizykackiego.

Ubiegający się winni władać językiem niemieckim i jednym z języków sławiańskich.

Urząd powiatowy w Konjicy.

L. 304.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowéj w Sokalu rozpisuje niniejszém konkurs na posadę prymaryjusza przy szpitalu powszechnym „Gizelli" w Sokalu z płacą roczną z funduszu szpitalnego 500 złr.

Podania wnoszone być mają do 15 Grudnia 1886 do Wydziału powiatowego w Sokalu z dołączeniem dyplomu doktora medycyny.

Posada ta będzie nadaną na rok jeden prowizorycznie, a po upływie tego czasu nastąpi stabilizacyja.

W Sokalu dnia 12 Listopada 1886.

Wydawnictwa dzieł lekarskich

W KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

1) Dra Pawła Guttmanna. **Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych.** Przekład dokonany pod kierunkiem Dra A. Kremera i Docenta Dra St. Pareńskiego. Warszawa 1877. Cena 3 złr. 75 c.—2 Rs. 50 kop.

2) Dra Jana Steinera. **Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy.** Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera. Kraków 1877. Cena 4 złr. — 3 Rs. 70 kop.

3) Dra Antoniego Jurasza, Profesora z Heidelberga **Laryngoskopija.** Dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1878. Cena 2 złr. 75 c.

4) Dra Oskara Widmanna, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. **Choroby serca i tętnic.** Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 złr. 85 c.

5) Dra A. Rothego, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie, **Psychopatologija Forensis**, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastósowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiém i w Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.

6) Dra H Jordana, Docenta Wydz. lek. w Uniw. Jagiell. **Nauka położnictwa dla uczniów i lekarzy.** Dział Iszy fizyjologija i dyjetetyka ciąży, porodu i połogu. Dzieło oryginalne z 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 złr. 50 c.

7) Dra Ż. Krówczyńskiego ze Lwowa. **Syfilidologija** Dzieło oryginalne. Kraków 1883. Cena 5 złr.

8) Dra Stanisława Smoleńskiego, kierownika Zakładu leczniczego w Jaworzu na Śląsku. **Hydroterapija.** Dzieło oryginalne Kraków 1884. Cena 1 złr. 85 ct.

9) Dra Alfreda Obalińskiego, Profesora Uniw. Jagiell. w Krakowie. **Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych mężkich** Kraków 1886. Cena 1 złr. 80 ct.

10) Dra Tadeusza Żulińskiego. **Higijena szkolna.** Wydanie pośmiertne, do druku przygotowane i uzupełnione przez Dra Kazimierza Grabowskiego, Docenta Wydz. lek. w Uniw. Jagiell. Kraków 1886. Cena 1 złr. 60 cnt.

Skład główny powyższych dzieł w księgarniach: S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie, jakotéż w Redakcyi Medycyny w Warszawie.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.